Aus der Psychosomatischen Abteilung
des Städtischen Krankenhauses Esslingen
(Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen)
Chefarzt: Dr. W.-L. Bepperling

KRANKHEITSAUSPRÄGUNG UND -VERHALTEN VON AUSLÄNDERN UND AUSLÄNDERKINDERN. STATIONÄRE BEHANDLUNG VON AUSLÄNDERN UND AUSLÄNDERKINDERN IM ALLGEMEINKRANKENHAUS AM BEISPIEL DES STÄDTISCHEN KRANKENHAUSES ESSLINGEN.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
ANDREA MÜNKLE
aus Geislingen/Stg.

1986

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543904_0069

Aus der Psychosomatischen Abteilung
des Städtischen Krankenhauses Esslingen
(Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Tübingen)
Chefarzt: Dr. W.-L. Bepperling

KRANKHEITSAUSPRÄGUNG UND -VERHALTEN VON AUSLÄNDERN UND AUSLÄNDERKINDERN. STATIONÄRE BEHANDLUNG VON AUSLÄNDERN UND AUSLÄNDERKINDERN IM ALLGEMEINKRANKENHAUS AM BEISPIEL DES STÄDTISCHEN KRANKENHAUSES ESSLINGEN.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
ANDREA MÜNKLE
aus Geislingen/Stg.

1986

Dekan: Professor Dr. W. Schulte
1. Berichterstatter: Professor Dr. R. Lempp
2. Berichterstatter: Privatdozent Dr. W. Rosendahl

Druck: Zeeb-Druck, Tübingen 7 (Hagelloch)

INHALTSVERZEICHNIS

1.	**Einleitung**	1
2.	**Zur Problematik der Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland**	2
2.1	Anteil der Ausländer	2
2.2	Motivation der ausländischen Arbeitnehmer für eine Emigration	11
2.3	Verhältnis ausländischer Arbeitnehmer zur einheimischen Bevölkerung	12
2.4	Perspektive der ausländischen Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland	13
2.5	Soziale und psychische Lage der ausländischen Arbeitnehmer und deren Rolle für das Erkrankungsrisiko	18
2.6	Situation der Kinder ausländischer Arbeitnehmer	28
3.	**Zielsetzung der Untersuchung, Material, Methode**	35
3.1	Zielsetzung der Untersuchung	35
3.2	Das Untersuchungsfeld	43
3.3	Methode der Untersuchung	44
3.4	Kritische Wertung des vorliegenden Materials und der angewandten Methoden	46
4.	**Ergebnisse der Untersuchung**	53
4.1	Krankheitsausprägung und -verhalten von Ausländern	53
4.1.1	Erkrankungshäufigkeit von Ausländern	53
4.1.2	Patientenzahl in den einzelnen Abteilungen	57
4.1.3	Geschlechterverteilung im Städt. Krankenhaus Esslingen	60
4.1.4	Geschlechterverteilung in den einzelnen Abteilungen des Städt. Krankenhauses Esslingen	60
4.1.5	Interpretationsmöglichkeiten der Ergebnisse	60
4.2	Krankheitsausprägung und -verhalten von Ausländerkindern - Untersuchung in der Kinderklinik	67

4.2.1	Anteil der Ausländerkinder an der Gesamtzahl aller Kinder 1982 - 1983	67
4.2.2	Erkrankungshäufigkeit von Ausländerkindern	71
4.2.3	Geschlechterverteilung in der Kinderklinik des Städt. Krankenhauses Esslingen	75
4.2.4	Altersverteilung stationär in der Kinderklinik aufgenommener deutscher und ausländischer Kinder	75
4.2.5	Liegezeiten stationärer deutscher und ausländischer Kinder	75
4.2.6	Vergleich der Krankheitsdiagnosen zwischen deutschen und ausländischen Kindern	77
4.2.7	Interpretationsmöglichkeiten der Ergebnisse	78
4.3	Psychosomatische Krankheitsausprägung bei Ausländerkindern - Untersuchung in der psychosomatischen Abteilung der Kinderklinik	82
4.3.1	Psychosomatik - Kinderpsychosomatik	82
4.3.2	Erkrankungshäufigkeit von Ausländerkindern an psychosomatischen Krankheiten	87
4.3.3	Geschlechterverteilung in der psychosomatischen Kinderabteilung	89
4.3.4	Altersverteilung der Patienten in der psychosomatischen Kinderabteilung	89
4.3.5	Liegezeit der deutschen und ausländischen stationären Patienten in der psychosomatischen Kinderabteilung	92
4.3.6	Vergleich der Krankheitsdiagnosen zwischen deutschen und ausländischen Kindern in der psychosomatischen Kinderabteilung	92
4.3.7	Diagnosen- und Geschlechterverteilung unter den verschiedenen Volksgruppen der stat. und amb. Patienten der psychosomatischen Kinderabteilung	95
4.3.8	Interpretationsmöglichkeiten der Ergebnisse	95
5.	**Vergleich der Untersuchungsergebnisse mit Ergebnissen anderer Arbeiten**	98
5.1	Krankheitsausprägung und -verhalten von Ausländern	98
5.1.1	Erkrankungshäufigkeit von Ausländern	98
5.2	Krankheitsausprägung und -verhalten von Ausländerkindern	98
5.2.1	Häufigkeit der Krankenhauseinweisung	98
5.2.2	Altersverteilung	99
5.2.3	Liegezeit	100
5.2.4	Krankheitsdiagnosen	100
5.3	Psychosomatische Abteilung	105
5.3.1	Krankheitsdiagnosen	105

6. Zusammenfassung und abschließende Darstellung 106

6.1 Zusammenfassung 106

6.2 Vergleich 109

6.3 Schlußwort 110

6.4 Bedeutung der Ergebnisse 111

7. Literaturverzeichnis 112

1. Einleitung

Trotz geringer Rückgänge ist der Anteil ausländischer Arbeitnehmer und ihrer Familienangehörigen an der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland nahezu gleich geblieben - und das trotz zahlreicher Konjunkturschwankungen und Anwerbestopps.
Vielschichtige Probleme erschweren ein sinnvolles Zusammenleben zwischen einheimischer Bevölkerung und Einwanderern. Zu denken ist dabei besonders an folgende Brennpunkte: Arbeitssituation, Wohnsituation, Ausbildungssektor, Freizeitbereich. Ohne Zweifel ist also der eingewanderte ausländische Arbeitnehmer starken Streßfaktoren ausgesetzt.

Gegenstand der Untersuchung am Städtischen Krankenhaus in Esslingen sollten nun folgende Fragen sein:

Gibt es Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Arbeitnehmern hinsichtlich Krankheitsausprägung, Krankheitsverhalten, Krankheitsverlauf oder gar hinsichtlich der Erkrankungshäufigkeit überhaupt?

Sodann erfolgt eine Einengung des Themas auf die Kinderklinik mit der Fragestellung: Gibt es Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit, in Krankheitsausprägung, -verhalten und -verlauf zwischen deutschen und ausländischen Kindern?

Durch eine Analyse der oben stehenden Faktoren in der psychosomatischen Abteilung in der Kinderklinik sollten Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Kindern in der Ausprägung psychosomatischer Krankheitsbilder deutlich gemacht werden.

2. Zur Problematik der Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland

2.1 Anteil der Ausländer

In der Bundesrepublik Deutschland und in anderen Ländern Europas haben wir es seit etwa 30 Jahren mit einer langsamen Umschichtung der ethnologischen Landkarte Europas zu tun. In den Ballungsgebieten der Wirtschaft, vor allem im Norden Europas, arbeiten über 4 Millionen Menschen, die zum größten Teil aus Regionen des südlichen Europas kommen.

1973 waren in der Bundesrepublik Deutschland nach Angaben der Bundesanstalt für Arbeit (19, S. 3) 2,59 Millionen ausländische Arbeitnehmer in der Wirtschaft beschäftigt, darunter ca. 3/10 Frauen (23, S. 450). Am 30. 9. 1977 waren bereits 3,9 Millionen Ausländer beim Ausländerzentralregister gemeldet (32, S. 7). Heute dürfte die Zahl bis auf über 4 Millionen ausländische Arbeitnehmer angewachsen sein (13, S. 450).

Betrachten wir den Anstieg der Zahl der in der Bundesrepublik Deutschland beschäftigten ausländischen Arbeitnehmer, so bleibt festzustellen, daß dieser Anstieg relativ konstant und parallel zu den Zeiten der Hochkonjunktur verlief (siehe Tab. 1 und 2), aber durch Zeiten wirtschaftlicher Rezession - z. B. 1966/67 oder 1973 - immer wieder unterbrochen wird.

Besonders beachtenswert ist dabei die regionale Konzentration ausländischer Arbeitnehmer (13, S. 450 und 23, S. 7). Mehr als die Hälfte aller ausländischen Arbeitnehmer sind in Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg beschäftigt. So waren in den Jahren 1981 - 1983 rund 10 % der Gesamtbevölkerung in Baden-Württemberg Ausländer (nach Angaben des Statistischen Landesamtes, Daten der Bevölkerungsfortschreibung, siehe Tab. 3).

Weiterhin führt die Wirtschaftsstruktur zu einer Massierung der ausländischen Bevölkerung in den Großstädten und darunter vor allem in Frankfurt am Main, Stuttgart, München und Westberlin (23, S. 7 und 61, S. 2), dort allerdings erst seit 1968 (Begünstigung der Beschäftigung ausländischer Arbeitnehmer in Westberlin / 28, S. 152), im Gegensatz zum Bundesgebiet, wo wir seit 1955 solche Begünstigungen finden.

Während 1976 an erster Stelle in Baden-Württemberg noch die Jugoslawen standen, machen inzwischen den Hauptteil unter den Ausländern mit 28 - 29 % auch in Baden-Württemberg türkische Arbeitnehmer aus. Die Statistik der Jahre 1981 - 1983 lautet:

Türken:	28 - 29 %
Italiener:	19 - 21 %
Jugoslawen:	20 %
Griechen:	8 %
Spanier:	3 %
Andere:	19 - 20 %

Nach Daten des Statistischen Landesamtes Baden-Württemberg, Daten des Ausländerzentralregisters, siehe auch Tab. 4.

Den hohen Anteil der 19 % anderen Arbeitnehmer machen unter anderem Ausländer, die nicht aus Anwerbeländern gekommen sind, aus, wie z. B. Österreicher (ca. 3 %), US-Amerikaner und Franzosen, Niederländer, Dänen, Portugiesen (ca. 2 %). Diese Zahlen stammen ebenfalls vom Statistischen Landesamt Baden-Württemberg aus dem Datenbestand des Ausländerzentralregisters.

Große Probleme im Zusammenleben der deutschen Bevölkerung mit Zugewanderten ergeben sich mit Menschen aus Südeuropa, vor allem aus der Türkei. Mitursächlich dafür ist die große Kulturdifferenz. Die vorliegende Untersuchung schließt deshalb die im vorigen Abschnitt erwähnten Ausländer aus und beschränkt sich ausschließlich auf Einwanderer aus der Türkei, Italien, Jugoslawien, Griechenland und Spanien, also auf den Süden Europas. Aus demselben Grund bezieht sich der Begriff ausländischer Arbeitnehmer von nun an ausschließlich auf jene Länder.

Unter den Deutschen sind 40 % Männer, 44 % Frauen und 16 % Kinder in den Jahren 1981 - 1983 gemeldet (nach Daten des Stat. Landesamtes Baden-Württemberg, Daten des Ausländerzentralregisters). Es zeigt sich also eine gewisse zahlenmäßige Übermacht der Frauen, was eventuell noch mit der hohen Zahl gefallener Männer im 2. Weltkrieg zusammenhängen mag.

Unter den Ausländern mit 44 % Männern und 31 % Frauen sind die Frauen unterrepräsentiert, siehe auch Tab. 5 (nach Daten des Stat. Landesamtes Baden-Württemberg, Daten des Ausländerzentralregisters). Vergleicht man rechnerisch in einem Signifikanztest deutsche und ausländische Männer, Frauen und Kinder, so stellt man mit einer Wahrscheinlichkeit von $\geq 0{,}001$ fest, daß die Zahlen sich hoch signifikant unterscheiden, d. h. unter den Ausländern finden sich signifikant mehr Männer und Kinder als unter den Deutschen, unter den Deutschen signifikant mehr Frauen als unter den Ausländern (siehe Tab. 6).

Die Ursachen dafür liegen wohl vor allem darin, daß immer noch viele ausländische Familien getrennt leben: der Vater arbeitet in Deutschland, die Familie

lebt im Heimatland. Waren es in den sechziger Jahren v. a. ausländische Männer, die bei der Arbeitsvermittlung registriert waren, so zeichnet sich seit den siebziger Jahren eine Angleichung ab, ja es kommt sogar vor, daß türkische Frauen vor ihren Ehemännern in die Bundesrepublik reisen aufgrund des steigenden Arbeitsangebotes für Türkinnen (26, S. 55).
Wir sehen also eine langsame Geschlechterangleichung unter den Ausländern, da ja auch immer mehr Familien nachziehen - und trotzdem noch eine Überrepräsentation von ausländischen Männern. Der Anteil ausländischer Kinder an der ausländischen Gesamtbevölkerung ist mit 26 % gegenüber den deutschen Kindern relativ hoch. Das liegt an der niedrigen Kinderzahl deutscher Frauen, die nach Angaben von Höhn (32, S. 10) um ein Drittel unter der Geburtenrate von Ausländerinnen liegt. Dazu muß noch erwähnt werden, daß oft nur ein Bruchteil ausländischer Kinder mit ihren Eltern in Deutschland lebt. Häufig sind etliche Kinder bei Großeltern oder Verwandten oder der Mutter im Heimatland geblieben. Andererseits sind allerdings von den 30 (= 62,2 %) Ausländerkindern einer ersten Klasse in der Schillerschule in Esslingen (Gesamtschülerzahl: 46; deutsche Kinder: 16 = 34,8 %) 25 Kinder (= 83,3 %) in Deutschland geboren und nur 5 Kinder (= 1/6 aller Kinder) im Mutterland (40, S. 8). Über 80 % aller ausländischen Kinder einer ersten Klasse in Esslingen sehen ihr Heimatland folglich höchstens jedes Jahr einmal in den Großen Ferien, und auch das ist aus finanziellen Gründen bei vielen Familien nicht jedes Jahr der Fall.

Bereits aus diesen Daten läßt sich erschen: Abgesehen von der Integration der Ausländer der ersten Generation wird das Hauptproblem der Zukunft die Beschäftigung und Integration der Ausländer der sogenannten zweiten Generation sein. Damit sind vorwiegend die Kinder der ersten Generation gemeint, die ihre erste Sozialisationsphase (in der Familie) zwar mit traditionellen Wertvorstellungen vollziehen können, in der sekundären Sozialisation aber massiv mit Elementen der anderen Kultur konfrontiert werden (26, S. 57), eine Erfahrung, die in der Literatur oft als "Kulturschock" bezeichnet wird.
Diese sogenannte zweite Generation hat schon heute bei fehlendem Schulabschluß größte Probleme bei der Lehrstellenfindung und bildet bei aller sozialer, kultureller und wirtschaftlicher Not, der sie ausgesetzt ist, das Arbeiterproletariat der Gegenwart und Zukunft.

Beschäftigte deutsche und ausländische Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland

	Deutsche	Ausländer	rel. Ausländeranteil
1975	18.079.043	2.060.507	10,2 %
1976	18.031.680	1.924.730	9,6 %
1977	18.091.675	1.872.207	9,4 %
1978	18.325.730	1.857.488	9,2 %
1979	18.734.045	1.924.420	9,3 %
1980	18.984.851	2.018.382	9,6 %
1981	18.934.731	1.911.957	9,2 %
1982	18.683.128	1.786.815	8,7 %
1983	18.478.461	1.694.355	8,4 %

Tab. 1: Beschäftigte deutsche und ausländische Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland, prozentualer Anteil der Ausländer an der Gesamtzahl der in der Bundesrepublik Deutschland Beschäftigten 1975 - 1983. Zahlen der Bundesanstalt für Arbeit in Nürnberg.

Beschäftigte deutsche und ausländische Arbeitnehmer in Baden-Württemberg

	Deutsche	Ausländer	rel. Ausländer-anteil
1975	2.766.516	500.033	15,3 %
1976	2.752.705	460.785	14,3 %
1977	2.781.775	451.700	14,0 %
1978	2.835.064	448.079	13,7 %
1979	2.906.991	462.385	14,0 %
1980	2.966.974	483.881	14,0 %
1981	2.979.120	459.205	13,4 %
1982	2.967.054	428.133	12,6 %
1983	2.954.358	403.465	12,0 %

Tab. 2: Beschäftigte deutsche und ausländische Arbeitnehmer in Baden-Württemberg im Vergleich, prozentualer Anteil der Ausländer an der Gesamtzahl der in Baden-Württemberg Beschäftigten 1975 - 1983.
Zahlen des Landesarbeitsamtes von Baden-Württemberg in Stuttgart.

Bevölkerungsstatistik in Baden-Württemberg

	31. 12. 1981	31. 12. 1982	31. 12. 1983
Gesamtbevölkerung	9.287.793	9.277.692	9.248.434
Deutsche	8.343.474	8.351.889	8.350.177
rel.	89,83 %	90,02 %	90,29 %
Ausländer	944.319	925.803	898.257
rel.	10,17 %	9,98 %	9,71 %

Tab. 3: Prozentualer Anteil von Deutschen und Ausländern an der Gesamtbevölkerungszahl in Baden-Württemberg 1981 - 1983.
Nach Daten der Bevölkerungsfortschreibung des Statistischen Landesamtes von Baden-Württemberg in Stuttgart.

Bevölkerungsstatistik in Baden-Württemberg

	30. 09. 1981		30. 09. 1982		30. 09. 1983	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Ausländer insgesamt	933.103		919.845		874.785	
Türken	264.126	28,30%	265.320	28,84%	257.103	29,39%
Italiener	197.019	21.11%	188.046	20,44%	172.832	19,76%
Jugoslawen	187.366	20,80%	184.009	20,00%	176.492	20,17%
Griechen	73.662	7,89%	73.453	7,98%	69.650	7,96%
Spanier	29.647	3,18%	28.803	3,13%	26.909	3,08%
Andere	181.283	19,43%	180.214	19,59%	171.799	19,64%

Tab. 4: Prozentualer Anteil der verschiedenen Nationalitäten an der Gesamtzahl der ausländischen Bevölkerung in Baden-Württemberg 1981 - 1983. Nach Daten des Ausländerzentralregisters des Statistischen Landesamtes von Baden-Württemberg in Stuttgart.

1981

	Männer		Frauen		Kinder unter 15 J.	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Gesamtbevölkerung	3.676.839	39,59%	3.946.709	42,49%	1.664.249	17,92%
Deutsche	3.281.841	39,33%	3.653.579	43,79%	1.408.054	16,88%
Ausländer	415.122	43,60%	280.393	29,46%	256.195	26,92%

1982

	Männer		Frauen		Kinder unter 15 J.	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Gesamtbevölkerung	3.698.781	39,87%	3.978.223	42,88%	1.600.688	17,25%
Deutsche	3.314.239	39,68%	3.685.210	44,12%	1.352.440	16,19%
Ausländer	404.610	43,39%	280.777	30,07%	248.248	26,55%

1983

	Männer		Frauen		Kinder unter 15 J.	
	abs.	rel.	abs.	rel.	abs.	rel.
Gesamtbevölkerung	3.712.696	40,14%	4.001.196	43,26%	1.534.542	16,59%
Deutsche	3.340.343	40,00%	3.709.769	44,43%	1.300.065	15,57%
Ausländer	381.015	42,90%	271.797	30,63%	234.477	26,43%

Tab. 5: Prozentualer Anteil von Männern, Frauen und Kindern unter 15 Jahren an Gesamtbevölkerungszahl, Deutschen und Ausländern in Baden-Württemberg 1981 - 1983.
Nach Daten der Bevölkerungsfortschreibung und des Ausländerzentralregisters des Statistischen Landesamtes von Baden-Württemberg in Stuttgart.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \leq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$.

	$\bar{x}$ Männer	$\bar{x}$ Frauen	$\bar{x}$ Kinder unter 15J.
Gesamt-bevölkerung	39,87 %	42,88 %	17,25 %
Deutsche	39,67 %	44,11 %	16,20 %
Ausländer	44,01 %	30,55 %	25,44 %

Tab. 6: Durchschnittliche Häufigkeit von ausländischen und deutschen Männern, Frauen und Kindern in den Jahren 1981 - 1983.
Normalverteilung, Kontingenztafel: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$.
$\bar{x}$ = durchschnittliche Häufigkeit von Männern, Frauen und Kindern unter 15 Jahren in den Jahren 1981 - 1983.
Nach Daten der Bevölkerungsfortschreibung und des Ausländerzentralregisters des Statistischen Landesamtes von Baden-Württemberg in Stuttgart. Standardnormalverteilung, Signifikanztest.

2.2 Motivation der ausländischen Arbeitnehmer für eine Emigration

Die Motivation ausländischer Arbeitnehmer für eine Emigration kann die vielfältigsten Ursachen haben:
Das Spektrum reicht von wirtschaftlichen über politische, religiöse bis zu sozialen Gründen. Für unsere untersuchte Population, vorzugsweise Einwanderer aus der Türkei, Italien, Jugoslawien, Griechenland und Spanien, trifft wohl meistens die wirtschaftliche Motivation vor allen anderen zu. Holzbrecher u. a. (35) ermittelten in einer Befragung im Raum Tübingen, daß 78 % der "Gastarbeiter" wegen Arbeitsplatzmangel in der Heimat oder wegen besserer Verdienstmöglichkeiten in Deutschland ihr Heimatland verlassen haben.

Im Laufe der Untersuchung in der Nervenklinik der Universität Tübingen konnte Eßlinger (19, S. 81) bei manchen ausländischen Patienten ein weiteres, oft unbewußtes Motiv beobachten: Diese Patienten, meist mit neurotischen und psychopathischen Zügen, benutzten die Emigration im Grunde als Flucht aus den Schwierigkeiten, die aus ihrer psychischen Haltung heraus in der Heimat aufgetreten waren, und gerieten im Gastland meist wieder in dieselben psychopathogenen Zusammenhänge.

Betrachten wir nun zunächst einmal die ökonomische Situation dieser Länder im Süden Europas, so sehen wir zwischen etlichen industriellen Enklaven mit - wesentlich eingeleitet durch ausländische Investitionen - verhältnismäßig fortgeschrittener Entwicklung ein riesiges Hinterland, in dem die Agrarwirtschaft mit traditionellen Methoden vorherrscht (26, S. 54). Die geringe Größe der Familienbetriebe und die Unzulänglichkeiten der Infrastruktur verhindern eine Modernisierung der Wirtschaft (36, S. 12). Die minimalen Erträge in der Landwirtschaft ziehen eine Landflucht in die Städte und eine Emigration ins Ausland nach sich. Die wenigen Industriezentren können die strukturelle Arbeitslosigkeit, die aus schlechter Bodenertragslage einerseits und großem Bevölkerungswachstum andererseits resultiert, nicht auffangen (26, S. 54).

Ein Großteil der ausländischen Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland stammt aus solchen schwach entwickelten Gebieten. Die meisten ausländischen Arbeitnehmer machen also einen Sprung aus einem Leben in einer dörflichen Großfamilie mit landwirtschaftlicher Betätigung in eine industrialisierte Großstadt (19, S. 12). Welche psychischen und gesundheitlichen Probleme dieser Sprung mit sich bringt, soll anschließend noch erörtert werden (2.5).

Eine andere Fragestellung, die Gegenstand einer weiteren Untersuchung sein könnte, soll hier nur angedeutet werden: Warum gehört der Süden Europas, einst

die Wiege abendländischer Kultur und zur Zeit des Kolonialismus Sitz verschiedener Weltmächte oder zumindest Großmächte (Spanien, Portugal, Italien) heute zu den ärmsten Gegenden Europas (45, S. 25/26)?

2.3 Verhältnis ausländischer Arbeitnehmer zur einheimischen Bevölkerung

Die einheimische Bevölkerung verhält sich weitgehend reserviert, zum Teil latent feindselig gegen die Ausländer. Diese Abgrenzung der deutschen Bevölkerung gegen die ausländischen Arbeitnehmer beruht vorwiegend auf einer Menge längst widerlegter Vorurteile. Psychologisch erfüllen diese Vorurteile die Bedürfnisse weiter Bevölkerungskreise, denn "das Entscheidende am Vorurteil ist ... die Aufwertung der Eigengruppe und die Abwertung der Fremdgruppe" (63, S. 130).

Ein weiterer Gesichtspunkt ist: Gerade in den Unterschichten besteht eine Konkurrenzsituation um den Arbeitsplatz zwischen ausländischen und deutschen Arbeitnehmern (8). Die Folge ist besonders in Krisenzeiten ein erhebliches Mißtrauen zwischen den beiden Gruppen. Die Arbeitgeber und die ihr nahestehende Presse tun ein übriges dazu, durch tendenziöse Berichte eine Solidarisierung deutscher und ausländischer Arbeitnehmer zu verhindern (25, 71, S. 71 - 77).
Wie bei allen Randgruppen, so spielt auch bei den ausländischen Arbeitnehmern die Presse mit ihren Sensationsberichten eine recht unglückliche Rolle und trägt sehr zur Verzerrung des Bildes von dem "Gastarbeiter" bei (15).
Die Reserviertheit der deutschen Bevölkerung verstärkt die schon durch sprachliche und soziale Barrieren vorhandene Isolation des ausländischen Arbeitnehmers (19, S. 16). In einer Untersuchung im Saarland gaben lediglich 8 % der ausländischen Arbeitnehmer engere Beziehungen zu deutschen Arbeitskollegen an (69).

"Für die ausländischen Arbeitnehmer liegt die Streßsituation des modernen Lebens dort, wo sie beim Deutschen in der Regel ihre Grenze findet: in der Privatsphäre" (59, S. 17 - 18). Manche Ausländer haben geradezu Angst vor dem Feierabend und vor dem Wochenende, weil sie dann in der Fremde alleingelassen sind. Davon können viele Seelsorger und Sozialbetreuer berichten (62, S. 30 - 31).

24 Perspektive der ausländischen Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland

Zunächst kamen die ausländischen Arbeitnehmer, darunter in den sechziger Jahren vor allem die Männer, als "Gastarbeiter". Sie suchten Arbeit und eine Möglichkeit zur Verbesserung ihrer ökonomischen Lage, und in der Bundesrepublik konnten sie Arbeit finden. Nach und nach holten sie auch ihre Familien nach Deutschland, da sie nicht jahre- bis jahrzehntelang von ihren Angehörigen getrennt sein wollten.

Wohnungsmangel und ständige Angst vor Arbeitsplatzverlust oder Ausweisung bestimmen ihre Situation hier in Deutschland. Dabei verhalten sich ausländische Arbeitnehmer äußerst stabil, was Betriebszugehörigkeit und Arbeitsplatzwechsel anbelangt. Nur knapp 20 % der ausländischen Arbeitnehmer arbeiten seit weniger als drei Jahren in der Bundesrepublik Deutschland. 10 % der Männer und 6 % der Frauen sind schon 6 - 10 Jahre bei ihrem derzeitigen Arbeitgeber beschäftigt. 4 % der Männer und 2 % der ausländischen Frauen arbeiten sogar schon 10 Jahre und mehr im selben Betrieb (13, S. 452/453).

Nun stellt sich die Frage, wie sich die Ausländer selbst ihre weitere Zukunft vorstellen. Nach einer Umfrage der Arbeitgeberverbände im Jahr 1972 wollten nur 12 - 13 % der ausländischen Arbeitskräfte auf Dauer in der Bundesrepublik Deutschland bleiben. Doch letztendlich bleibt dann doch mehr als die Hälfte aller männlichen ausländischen Arbeitnehmer länger als 5 Jahre in der Bundesrepublik Deutschland, etwa 1/4 davon sogar 8 Jahre und darüber (44, S. 67).

Grundsätzlich gilt: Je länger die Aufenthaltsdauer ist, desto stärker wird der Wunsch hierzubleiben. Bezieht man noch die Tatsache mit ein, daß von den 30 ausländischen Kindern einer ersten Klasse 25 in Deutschland und nur 5 in ihrem Mutterland geboren sind (40, S. 8), so sieht man, wie groß die Verankerung gerade der zweiten Generation hier in der Bundesrepublik Deutschland ist. Familien mit in Deutschland geborenen und aufgewachsenen Kindern werden wohl wenig dazu tendieren, in ihr Heimatland zurückzukehren, bis ihre Kinder mit der Schulausbildung fertig sind. Durch die Einwanderungs- und Anwerbestops der letzten Jahre stieg zwar die Zahl der Rückkehrer. Doch auch in der Heimat erwartet sie kein leichtes Los: Zwar sind sie finanziell meist saniert (viele kaufen sich dort Mietshäuser oder ein Geschäft im Laufe der Jahre), aber aufgrund der schlechten ökonomischen Situation ihrer Landsleute werden sie von vielen Seiten beneidet, beschimpft und ebenfalls als Ausländer betrachtet. Gerade z. B. für Türkinnen ist das Rückkehrerlos oft sehr hart. Für sie ist es schwierig, sich wieder in den traditionell engen Rahmen einzupassen, der dem Islam nach einer

Frau gebührt. Sie gehört ins Haus und an den Herd. Die Männer haben das Sagen. In Deutschland dagegen mußten sie oft die traditionelle Männerrolle einnehmen. Vor allem wenn sie auf Beschluß des Mannes oder der Sippe als erste auswanderten, mußten sie sich alleine in Deutschland zurechtfinden. Und auch als nachgewanderte Familienmutter haben sie sich in Deutschland zumindest auf der Arbeit selbständig bewegt und mit zum Unterhalt der Familie beitragend an Selbstbewußtsein gewonnen. So kam es in der neuen Situation in der Bundesrepublik Deutschland zur Aufgabe von Rollenvorstellungen und zur Übernahme von Teilen der eigentlichen Männerrolle durch die Frau.

Nicht zuletzt durch diesen Zustand ist ein sprunghafter Anstieg der Scheidungsrate zu verzeichnen (19, S. 55/56).

	Deutsche Arbeitnehmer, N=257	Deutsche Arbeitnehmer, schichtparallelisiert, N=542	Ausländische Arbeitnehmer, N=557
Soziale Schicht:			
Sozial verachtete Berufe und untere Unterschicht	17,8	52,7	82,7
Obere Unterschicht	32,2	42,0	13,9
Untere bis obere Mittelschicht	50,0	5,3	3,3
Arbeitsrechtsstellung:			
Ungelernte und angelernte Arbeiter	17,8	52,0	82,9
Facharbeiter	28,7	40,4	13,4
Angestellte, Beamte, Selbständige	53,5	7,6	3,7

Tab. 7: Arbeitsrechtsstellung und Zugehörigkeit zur sozialen Schicht (Fremdeinstufung der Sozialschichten nach Kleining und Moore, 1968) der Eltern von den 1973 in die Hannoverschen Krankenanstalten aufgenommenen deutschen (D_2 = nach Sozialschicht und Fremdeinstufung ungeschichtet, D_1 = standardisierte Stichprobe, Versuch einer Parallelisierung) und ausländischen Kindern in Prozent.

Art der Beschwerden und Häufigkeit in Prozent	Psychophysiologische Interpretation in Stichworten nach Bräutigam
Kopfweh, Nervosität, Schwindel 38 %	Anspannung, Überforderung, äusserer und innerer Leistungskonflikt
Schlafstörungen 24 %	----------
Magenbeschwerden, Appetitlosigkeit 23 %	Mangel an Liebe, Zuneigung und Geborgenheit
Erbrechen, Übelkeit, Kloßgefühl 10 %	Ekel, Abwehr, Protest
Herzbeschwerden 16 %	Angst, alleine zu sein; ambivalent erlebte Trennung

Tab. 8: Gegenüberstellung der am häufigsten geklagten psychosomatischen Beschwerden nach Eßlinger (19, S. 88) mit der psychophysiologischen Interpretation nach Bräutigam (Bräutigam W und P. Christian: Psychosomatische Medizin, Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1973).

Jahr	Ortsbereich Esslingen		Bundesrepublik Deutschland	
	Insgesamt	Ausländer	Insgesamt	Ausländer
1979	4,91	5,85	5,8	6,94
1980	4,94	5,54	5,94	7,42
1981	5,08	5,78	6,24	8,07
1982	4,51	4,78	4,89	6,34
1983	4,12	5,12	4,15	5,22

Tab. 9: Erkrankungshäufigkeit von Ausländern und Gesamtbevölkerung (Prozentualer Anteil der Erkrankten an der Zahl der Versicherten) 1979 - 1983 im Ortsbereich Esslingen und in der Bundesrepublik Deutschland. Nach Angaben der AOK Esslingen.

2.5 Soziale und psychische Lage der ausländischen Arbeitnehmer und deren Rolle für das Erkrankungsrisiko

Im vorhergehenden Text wurden bereits mehrere Faktoren, die für den ausländischen Arbeitnehmer pathogen sein können, erwähnt. Hier nochmals eine Zusammenstellung der sozialpathogenetischen Faktoren für Einwanderer:

1. Verlassen des festgefügten Lebens- und Kulturraumes.
2. Soziale Isolation und Diskriminierung im Einwanderungsland und damit Unmöglichkeit der Schaffung neuer tragfähiger Beziehungen.
3. Sprachbarriere, bekannt sind aus der Literatur psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung (nach Allers, 1, S. 281 - 289).

Im Bereich der Arbeit gelten nach dem Stand empirischer Forschung folgende Faktoren als psycho-pathogen:

1. Angst um den Arbeitsplatz.
2. Unzufriedenheit mit der Arbeit.
3. Schlechtes Verhältnis zu Kollegen und Vorgesetzten.
4. Unbefriedigende (z. B. monotone) oder überfordernde Arbeit.
5. Schlechte Bezahlung.
6. Schlechte materielle Absicherung, was bei jeder außergewöhnlichen Belastung zu ungeheuren Problemen führt.
7. Schlechte Wohnverhältnisse (19, S. 9/10).

Alle diese Belastungen können mit ihren Rückwirkungen auf die familiäre Sphäre über Spannungen und aufgestaute Aggressionen zu häuslichem Streit führen. So kann aus dem privaten Schutzraum der Familie ein Herd neuer Belastungen werden.

Nach Kleining und Moore (12, S. 749/750) zeigen die soziale Schichtung und die Arbeitsrechtsstellung (Arbeiter, Angestellte, Beamte) eine extreme Unterschichtung der ausländischen Arbeitnehmer. Über 82 % der ausländischen Arbeitnehmer entstammen den untersten sozialen Schichten bzw. gehören zur Gruppe der ungelernten oder angelernten Berufstätigkeiten. Bei den deutschen Arbeitnehmern ohne Parallelisierung der Schichtvariablen umfaßt diese Gruppe (sozial verachtete Berufe und untere Unterschicht, ungelernte und angelernte Arbeiter) nur 17,8 % (Fremdeinstufung der Sozialschichten nach Kleining und Moore, 1968 in 12, S. 749/750; vgl. auch Tab. 7).

Nach den Ergebnissen der sozialen Schichtung von den Eltern der 1973 in die Hannoverschen Krankenanstalten eingewiesenen deutschen und ausländischen Kinder entstammen also über 80 % der untersten sozialen Schicht. Nimmt man noch die obere Unterschicht dazu, so sind insgesamt 96,6 % aller ausländischen Arbeitnehmer erfaßt.

Nun ist aus vielen Studien eine hohe Erkrankungsquote bei sozialen Unterschichten bekannt. Nach Abholz (Gleiss I., Seidel R. und Abholz H.-H.: Soziale Psychiatrie, Fischer Taschenbuch-Verlag, Frankfurt/M. 1973, S. 72/73) hat dabei die soziale Schicht echt sozialpathologische Bedeutung. Als sozial-pathologische Faktoren führt er an:

1. Streßhäufung in den Unterschichten (s. a. Midtown Manhattan study).
2. Mangel an stabilisierenden positiven Erlebnissen (Gleiss I., Seidel R., Abholz H.-H.: ebda., S. 35).
3. Unzureichende psychische Abwehrmechanismen (s. a. Midtown Manhattan study).
4. Geringere Möglichkeiten der Unterschicht, mit realen Belastungen (z. B. finanzieller Art) auch entsprechend zurechtzukommen.

Diese Untersuchungen beziehen sich vor allem auf psychische Erkrankungen.

Außer als soziale Unterschicht sind die Ausländer als Randgruppe der Gesellschaft noch zusätzlich mit einem erhöhten Krankheitsrisiko belastet.
Als Folge der oben mehrfach erläuterten pathogenen Faktoren werden nun zwei für Einwanderer typische Reaktionsweisen beschrieben:

1. Die Entwurzelung, die einerseits in der mehr oder weniger starken Lösung der sozialen Bindungen zum früheren Lebensbereich, andererseits in einer nicht geglückten Integration im neuen Lebensbereich besteht (19, S. 8).
2. Die "nostalgische Reaktion" bzw. "nostalgische Illusion" (74, S. 445 - 464) mit einer idealistischen Verklärung der Heimat. Der Begriff "Nostalgie" wurde vom Basler Johannes Hofer geprägt. Er beschreibt eine Krankheit der Schweizer Söldner: die "furchtbare Schweizer Krankheit" oder auch "Heimweh" genannt. Diese Krankheit bezeichnet Hofer als "Nostalgie" mit den Symptomen: "Dauernde Traurigkeit, gestörter Schlaf oder dauerndes Wachen, alleiniges Denken an die Heimat, Abnahme der Kräfte" (zitiert nach Riedesser P., 54, S. 46 - 54).

Als typische Symptome für das nostalgische Syndrom nennt Zwingmann (74, S. 445 - 464): Depressive Verstimmungen, Aggressivität, Reizbarkeit, Gastro-intestinale Beschwerden, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit u. a.

Bürger-Prinz (9) prägte den Begriff der "Entwurzelungs"-Depression. Darunter versteht er Erkrankungen, die durch die "Vernichtung aller sozial-psychischen Beziehungen" ausgelöst werden. "Zunächst verlaufen sie vielleicht noch wie reaktive, d. h. psychisch motivierte, relativ vom Motiv her verstehbare Verstimmungszustände (...). Es wird bei ihnen dann aber sehr bald offenbar, daß sie völlig nach Gesetz und Gestaltung endogener Depressionszustände ablaufen." Poeck (52, S. 1419 - 1424) beschrieb bei italienischen "Gastarbeitern" eine "hypochondrische Entwurzelungsdepression".
Diese psychiatrischen Krankheitsbilder treten häufig auch als sogenannte larvierte Depressionen mit somatisierten Beschwerden auf, so daß sie oft als ursächlich psychosomatische oder gar psychische Krankheit übersehen werden. In Tab. 8 werden die am häufigsten geklagten Beschwerden ihrer pathophysiologischen Interpretation nach Bräutigam gegenübergestellt.

Auf die sozial-pathogenen Faktoren sind grundsätzlich zwei verschiedene Reaktionsmuster denkbar (73, S. 185 ff):

1. Reaktion mit Aggressionen, Wut, Alkoholismus.
   Dieser extrovertierte Mechanismus findet sich v. a. bei ausländischen Männern, darunter der Alkoholismus vorwiegend bei Jugoslawen, wohingegen Griechen und besonders auch Türken wegen Alkoholismus kaum behandelt werden müssen (19, S. 73).
   Verantwortlich für diese Tatsache sind wiederum kulturelle Gesichtspunkte: Der Islam verbietet den Alkohol, in Griechenland wird zwar regelmäßig Alkohol getrunken, jedoch werden Alkoholexzesse nicht toleriert und Alkoholkranke von der Gesellschaft ausgeschlossen (5). In Jugoslawien ist der Alkohol weit verbreitet und die Toleranz der Gesellschaft gegen Exzesse größer.
2. Reaktion mit Angst, Depressionen, Krankheit, stummem Protest.
   Dieser introvertierte Mechanismus ist v. a. für ausländische Frauen typisch. Dabei springt die hohe Rate an Selbstmordversuchen von jungen türkischen Mädchen wegen ihrer Stellung als äußerste soziale Randgruppe mit sehr starker kultureller Belastung besonders ins Auge (26, S. 53). Man denke dabei z. B. an die traditionell stark unterdrückte und aufs häusliche und familiäre Dasein reduzierte Rolle der Frau und die nach außen hin starke Dominanz des

türkischen Mannes. Ein in dieser Kultur aufgewachsenes oder doch ursprünglich von ihr geprägtes Mädchen kommt nun in der sekundären Sozialisation nach Deutschland, wo es sich ganz anderen Weiblichkeitsidealen, z. B. in der Werbung oder in Illustrierten, gegenübersieht.

Auf dem Boden dieser Hintergründe dürfte die Verzweiflung und massive Bedrohung mancher türkischer Mädchen verständlich werden. Dazu kommt in vielen Fällen noch eine massive Bedrohung der türkischen Mädchen durch ihren Vater oder die Familie, wenn sich das junge Mädchen nach dem Vorbild seiner deutschen Mitschülerinnen etwa einen Freund zulegen will, traditionell aber ein Mädchen mit vorehelichen Beziehungen als Hure gilt und nicht mehr heiratsfähig ist.

Selbst das Wahnerleben der "Gastarbeiter" kann in einigen Fällen recht gut nachempfunden werden, betrachtet man die durch "Kulturkonflikt" und "Zivilisationsschock" geprägte reale Situation ausländischer Arbeitnehmer (19, S. 67): Einfach strukturierte Menschen mit geringer Bildung werden abrupt aus einer landwirtschaftlich-großfamiliär-strukturierten in eine völlig fremde, hochindustrialisierte Welt versetzt. In dieser bedrohlichen Fremde fehlen die alten Bezüge und neue Bindungen können mangels Kommunikationsmöglichkeiten nicht geschaffen werden. Neugierige Blicke, die der stark verunsicherte Ausländer auf sich und sein Aussehen, sein Wesen bezieht und nicht versteht, und tatsächlich oft vorhandene Ressentiments der deutschen Bevölkerung können dazu beitragen, daß bei einer entsprechend konstituierten Persönlichkeit das Fremde zur Bedrohung wird. Im Erleben des Patienten steigert sich die Bedrohung bis zur Übermacht, zum Verfolgungs-, Beziehungswahn oder zur massiven Angst. Die Sorgen um die fernen Angehörigen, die oft jahrelang nicht gesehen werden, steigern sich oft so sehr, daß sie schließlich in Wahnvorstellungen umschlagen, ein Angehöriger sei gestorben oder ein anderes großes Unglück sei geschehen (19, S. 67).

Zur Frage der Erkrankungshäufigkeit ausländischer Arbeitnehmer: Collatz/ Schmoll (13, S. 451) geben 1972 einen Krankenstand von 5,53 % an (nach einer Stichprobenerhebung der deutschen Verbindungsstelle für ausländische Arbeitnehmer vom 1. 10. 1972). Nach ihren Angaben stieg der durchschnittliche Krankenstand der ausländischen Arbeitnehmer im Verhältnis zu dem deutscher Arbeitnehmer in den Jahren vor 1973 überproportional an.
Nach Friessem, 1973 (24, S. 12 - 20) betrug Ende 1971 die durchschnittliche Erkrankungsquote aller Pflichtversicherten in der Bundesrepublik 5,44 %, die der Gastarbeiter nur 5,38 %. Laut Statistik des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen waren am 1. 10. 1973 6,22 % der gesamten in- und ausländischen Pflichtver-

sicherten in der Bundesrepublik erkrankt, jedoch nur 6,15 % der ausländischen Pflichtversicherten. Danach scheinen die ausländischen Arbeitnehmer, obwohl nur geringfügig, so doch im Ganzen weniger krankheitsanfällig zu sein als die deutsche Bevölkerung - im Gegensatz zur ersten Annahme in diesem Abschnitt.

Malhotra (43, S. 203) versucht für diese Tatsache der augenscheinlich geringeren Erkrankungshäufigkeit von Ausländern folgende Ursachen verantwortlich zu machen:

1. Ausländische Arbeitnehmer sind vor ihrer Einreise in die Bundesrepublik Deutschland durch einheimische und deutsche Auslesekommissionen ärztlich untersucht und ausgewählt worden. Dadurch sei die "negative Auslese", die üblicherweise die Krankheitsanfälligkeit der Einwanderer mitbedingt, ausgeschaltet worden.
2. Die Mehrzahl ausländischer Arbeitnehmer befinde sich in einem Alter, in dem die Krankheitsanfälligkeit im allgemeinen geringer ist. Nach Friessem, 1973 (24, S. 12 - 20) sind 90 % der "Gastarbeiter" jünger als 45 Jahre, meist sogar noch jünger, nämlich zwischen 18 und 35 Jahre alt. Infolgedessen können Krankheiten, die häufiger bei Menschen fortgeschrittenen Alters auftreten bei "Gastarbeitern" nur selten gefunden werden.
3. Bei längerer Krankheit (und Arbeitsunfähigkeit) werden ausländische Arbeitnehmer aus Deutschland ausgewiesen.

Im Gegensatz zu dieser "positiven Auslesetheorie" könnte die niedrigere Erkrankungsrate ausländischer Arbeitnehmer im Vergleich zu deutschen Arbeitnehmern auch damit zu tun haben, daß ausländische Arbeitnehmer sich ebenfalls häufiger krank fühlen, aber relativ selten die professionelle Hilfe in Anspruch nehmen, sei es aus Informationsmangel über die finanzielle Seite oder aus sozio-kulturell-moralischen Gründen.

In welchem Maße der offizielle Krankenstand die echte Morbidität wiedergibt, ist nicht bekannt (21, 22, S. 945). Ebenfalls gibt es nur wenige Studien darüber, an welchen Krankheiten die ausländischen Arbeitnehmer im Gegensatz zu ihren deutschen Kollegen mehr oder weniger leiden. Erst seit dem Internationalen Symposion vom 7. bis 8. April 1978 in München, veranstaltet von der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie, befaßt sich die Weltliteratur ausführlicher mit Fragen der gesundheitlichen Gefährdung und Betreuung derjenigen Länder, aus denen ausländische Arbeitnehmer bevorzugt in die Bundesrepublik Deutschland kommen.

Zuvor handelte ein Großteil der ca. 200 seit 1956 vorliegenden Arbeiten über seuchen- und sozialhygienische Probleme. Da dominierten Arbeiten über die Selektion ausländischer Arbeiter nach seuchen- und sozialhygienischen Kriterien vor der Arbeitsaufnahme in der Bundesrepublik Deutschland. Zum anderen nimmt die Darstellung vereinzelter Fälle von Lepra, Wurminfektion und hämatologischen Befunden breiten Raum ein.
Die einzigen sozialmedizinisch im Zusammenhang mit der vorliegenden Untersuchung erwähnenswerten Arbeiten beschäftigen sich mit der bei den ausländischen Arbeitnehmern vermehrt auftretenden Tuberkulose und deren Ätiologie.
Eine Reihe von Arbeiten befaßt sich mit der Problematik der Entbindungen bei ausländischen Frauen (13, S. 451), bei denen trotz der schlechteren sozialen Bedingungen, der Verständigungsschwierigkeiten und der Unaufgeklärtheit der Ausländerinnen Geburtskomplikationen interessanterweise nicht häufiger auftreten als bei deutschen Frauen.

Erst seit etwa 1974 steigt das Problembewußtsein der Weltliteratur in sozialpolitisch-gesundheitlicher Richtung, und es werden die Risiken für ausländische Arbeitnehmer, aufgrund ihrer speziellen Situation gehäuft an bestimmten Krankheiten zu erkranken, untersucht, parallel zur massiven Zunahme der im Zusammenleben mit ausländischen Arbeitnehmern auftretenden Probleme. Dabei muß nochmals erwähnt werden, daß das Krankheitsverhalten von sozio-kulturellen Wert- und Interpretationsmustern abhängig ist. Dabei gibt es vom Zeitpunkt der tatsächlichen Erkrankung bis zur ärztlichen Diagnose zahlreiche Zwischenglieder: Selbstwahrnehmung, Symptomaufmerksamkeit, Hilfesuche im Laiensystem, Professionelle Hilfe. Erst wenn diese Kette durchlaufen und das Laiensystem überfordert ist, wird professionelle Hilfe in Anspruch genommen (73, S. 183/184). Ausländische Arbeitnehmer zögern den Arztbesuch hinaus oder vermeiden ihn ganz und verbleiben bei Erkrankungen länger im Laienbereich.

Auch Eßlinger, 1977 (19, S. 46) beobachtet unter den psychiatrischen Patienten der Universitätsklinik Tübingen mit 7 - 8 % Aufnahmen von Ausländern (bei einem Bevölkerungsanteil von 10 % im Einzugsbereich der Universitätsklinik Tübingen eine geringere Zahl von Aufnahmen, als es ihrem Bevölkerungsanteil entspräche.
Demgegenüber stehen vor allem anglo-amerikanische Untersuchungen (Pflanz 1960, Graham und Meadows 1967: Pflanz M.: Soziokulturelle Faktoren und psychische Störungen, Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete - 28, 1960, S. 471 - 508 - und Graham P. J. und Meadows C. E.: Psychiatric disorder in the Children of West Indian Immigrants, Journal of Child Psychology and Child Psychiatrie and allied Disciplines - 8, 1967, S. 105 - 116), die bei den

Kindern ausländischer Arbeitnehmer höhere Erkrankungsquoten als bei einheimischen Kindern, besonders bei bestimmten Erkrankungen, feststellen. In vielen Studien, vor allem im anglo-amerikanischen Raum, finden wir eine erhöhte Häufigkeit an psychischen Erkrankungen in den unteren Sozialschichten gegenüber den oberen Schichten (New Haven Study, Midtown Manhattan Study, Stirling County Study).

Nach neueren statistischen Untersuchungen liegt die durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit aller Pflichtversicherten in der Bundesrepublik Deutschland bei 5,8 % (1979), 5,94 % (1980), nahm 1981 auf 6,24 % zu und seit 1981 wieder ab auf 4,89 % (1982) und 4,15 % (1983) und erreichte damit ihre niedrigste Quote in den letzten Jahren (siehe Tab. 9).

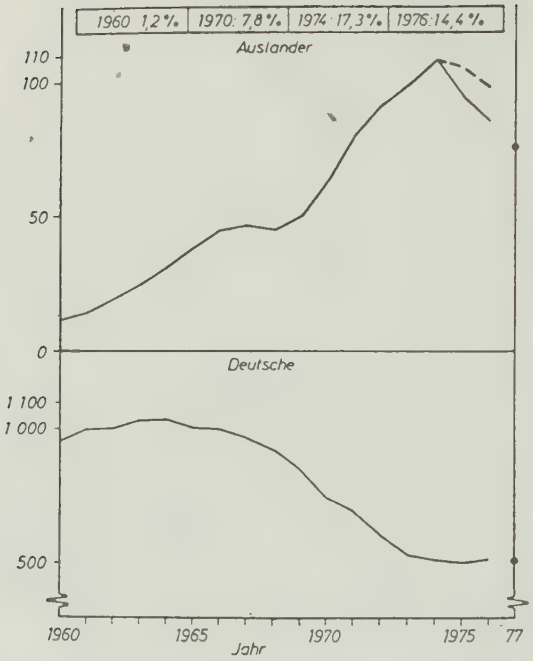
Die durchschnittliche Erkrankungshäufigkeit der Ausländer war in allen 5 Jahren um durchschnittlich 1,4 % höher mit 6,94 % (1979), 7,42 % (1980), 8,07 % (1981), 6,34 % (1982) und 5,22 % (1983). Auch bei den Ausländern zeichnet sich also ein Anstieg der Erkrankungsquoten bis 1981 ab, sodann ein Absinken bis zum bisher niedrigsten Wert, der 1983 erreicht wurde (vgl. Tab. 9).
Im Ortsbereich Esslingen liegen die Erkrankungsraten etwas niedriger als in der Bundesrepublik Deutschland, und zwar durchschnittlich um 0,7 %. Auch hier zeigt sich mit 5,08 % 1981 der höchste Wert an Erkrankten von allen Pflichtversicherten. Die Ausländer hatten in diesen 5 Jahren um durchschnittlich 0,7 % höhere Erkrankungsraten.

Interessant erscheint auch noch, daß nach längerer Aufenthaltsdauer in Deutschland die Erkrankungshäufigkeit ausländischer Arbeitnehmer wieder anzusteigen scheint (19, S. 85/86). Gehäufte Krankheits- und kurzfristige Dekompensationszustände in der Anfangszeit nach der Einwanderung sind bei der maximalen psychischen und physischen Belastung in dieser Zeit nicht überraschend. Erste Frustrationen trüben das Bild der hochgespannten Erwartungen und erste Abstriche von den ehemaligen Zielvorstellungen müssen gemacht werden (19, S. 85/86). Dennoch wird nach einer kurzen Erholungsphase die Zukunft wieder als positiv bewertet. Wieso aber steigt bei längerer Aufenthaltsdauer die Erkrankungshäufigkeit wieder erheblich an, obwohl die meßbaren sozialen Variablen immer günstiger werden und die Anpassungsprobleme überwunden zu sein scheinen?

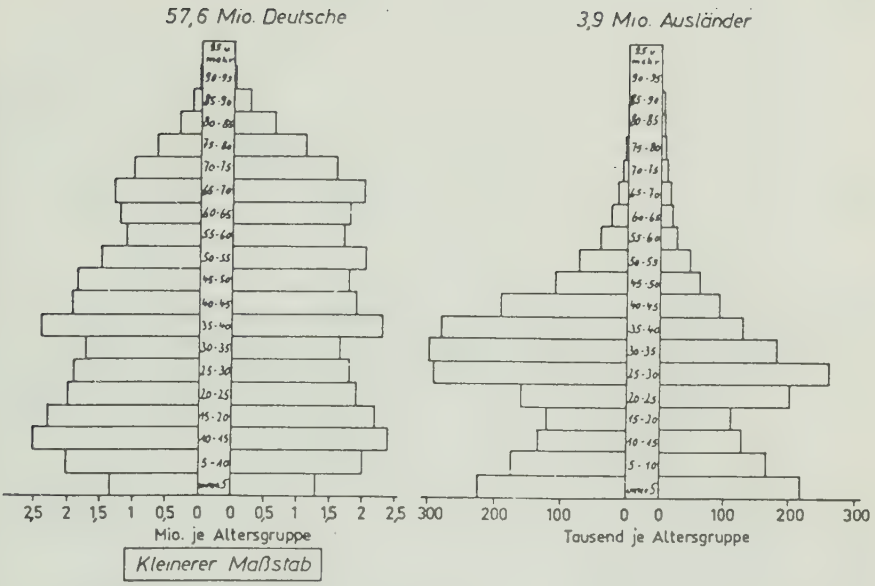
Die Erklärung dafür muß wohl vor allem im subjektiven Erleben der ausländischen Arbeitnehmer gesucht werden. Der Entschluß zur Auswanderung erfolgt unter der Erwartung einer Verbesserung der Lebensverhältnisse in der Zukunft. Im Laufe des Aufenthaltes in Deutschland erfolgt durch anhaltende Frustratio-

nen eine allmähliche Desillusionierung. Die ursprünglichen Erwartungen werden kaum erfüllt. Auch die Möglichkeit der Rückkehr in die Heimat wird immer mehr verbaut, da die in Deutschland herangewachsenen Kinder hier zur Schule gehen; außerdem gibt es in der Heimat keine Arbeitsplätze. Andererseits gelingt die Integration in Deutschland doch nur in geringem Maße und die Diskriminierung wird von Tag zu Tag bewußter erlebt (19, S. 85/86). Die Zukunftserwartungen werden immer düsterer, die Heimat wird verklärt (nostalgische Illusion? - vgl. S. 19). Manche klammern sich an die Hoffnung der Rückkehr in die Heimat, andere erleben den Mißerfolg der Emigration als eigenes Verschulden.

Dieser Konflikt stürzt viele in eine Erkrankung mit anschließender Berentung, woraus sich eine Art von Rentenneurose als unbewußte Konfliktlösung entwickeln kann (19, S. 85/86). Als Erklärung für den Anstieg der Erkrankungshäufigkeit bei längerer Aufenthaltsdauer erscheint auch eine im Laufe der Jahre erfolgte Integration der ausländischen Arbeitnehmer in unser System gesundheitlicher Institutionen denkbar. Das bedeutet, daß ausländische Patienten, die sich mit Erkrankungen zu Beginn ihres Aufenthaltes in Deutschland vorwiegend an das Laiensystem wandten, bei längerer Aufenthaltsdauer zunehmend in das professionelle Hilfssystem aufgenommen werden und damit überhaupt erst statistisch registriert werden können.



Tab. 10: Geburtenentwicklung von Deutschen und Ausländern 1960 - 1977.
Durchgezogene Linie: Neue Definition der Staatsangehörigkeit (Beide Eltern müssen Ausländer sein, damit das Kind die ausländische Staatsangehörigkeit erhält.).
Gestrichelte Linie: Alte Definition der Staatsangehörigkeit (Eheliche Kinder erwarben die Nationalität des Vaters.).
Nach Höhn (32, S. 8).



Altersaufbau am 1. 1. 1977.

Tab. 11: Altersaufbau der deutschen und ausländischen Bevölkerung am 1. Januar 1977.
Nach Höhn (32, S. 12).

2.6 Situation der Kinder ausländischer Arbeitnehmer

Die Kinderzahl ausländischer Frauen liegt um zwei Drittel über der deutscher Frauen. Seit Mitte der sechziger Jahre begann für die deutsche Bevölkerung der Geburtenrückgang, der sich in den letzten Jahren jedoch deutlich verlangsamte. Ganz entgegengesetzt dazu erreichte die Zahl ausländischer Babys von 1973 bis 1975 mit ca. 100.000 ausländischen Säuglingen ihren Höhepunkt. Besonders groß war die Geburtenrate 1974 mit 17,3 % (32, S. 8 und 66, S. 197). Damals war jedes sechste Baby ein ausländisches Kind. Seitdem geht die Zahl der ausländischen Lebendgeborenen zurück.

Zur Staatsangehörigkeit: Bis Ende 1974 erwarben eheliche Kinder die Nationalität des Vaters, während seit dem 1. Januar 1975 beide Eltern Ausländer sein müssen, damit auch das Kind die ausländische Staatsangehörigkeit hat. Mit anderen Worten: Während vorher die Kinder mit deutscher Mutter und ausländischem Vater die ausländische Staatsangehörigkeit erwarben, erhalten sie seit 1975 die deutsche Staatsangehörigkeit. Bis Ende 1977 konnte auch für bereits früher geborene Kinder mit entsprechender Elternkombination die deutsche Staatsangehörigkeit erlangt werden.

Aber auch nach der alten Definition ergäbe sich ein Geburtenrückgang, der auch während der nächsten Jahre anhielt. 1976 betrug der Ausländeranteil an allen Lebendgeborenen noch 14,4 %. Jedes siebte Kind war also ein ausländisches Baby (32, S. 9). Dabei ist die Geburtenentwicklung der Ausländer stark geprägt von den Wanderungsbewegungen ausländischer Arbeitnehmer. So erfolgte 1967 ein relativer Geburtenrückgang nach dem vorangehenden Konjunkturtief in unserem Land (vgl. Tab. 10).

Unter den Nationalitäten haben die Türken mit einer Kinderzahl von 4 in der Bundesrepublik geborenen Kindern die höchste Fruchtbarkeit. Dazu kommen noch die in der Türkei geborenen Kinder. Ebenfalls über der durchschnittlichen Kinderzahl liegen die Griechen. Portugiesen und Italiener kommen durchschnittlich auf etwa 2 Kinder, was einer Nettoreproduktionsrate von 1 entspricht. (Der Wert 1 ist der Indikator für die Bestandserhaltung der Bevölkerung und bedeutet 2,2 Kinder je Ehe.) Die Nettoreproduktionsrate für deutsche Frauen sinkt seit 1970 immer mehr unter 1 und liegt 1976 um ein Drittel unter der Nettoreproduktionsrate der Ausländerinnen. Am meisten an deutsche Verhältnisse angepaßt sind die Spanier und Jugoslawen.

Für den Altersaufbau der ausländischen Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland ist typisch, daß es sich um eine Zuwanderungsbevölkerung handelt:

die arbeitsfähigen mobilen Jahrgänge sind überdurchschnittlich zahlreich, wobei zudem typischerweise die Männer überwiegen. Gleichzeitig sind die nachwachsenden Kindergenerationen sehr groß. Verschwindend gering ist die Zahl der älteren Ausländer (vgl. Tab. 11).

Psychosoziale Entwicklung der Kinder ausländischer Arbeitnehmer (sog. "zweite Generation"):

"Integration" als Ziel der Ausländerpolitik ist ein sehr unscharfer und unterschiedlich definierter Begriff. Dabei interessiert, wie das ausländische Kind in unserer Kultur seine eigene Identität findet und in seiner zukünftigen Gesellschaft handlungsfähig wird, also die Sozialisation des ausländischen Kindes.

Teilprozesse der Sozialisation sind:

Enkulturation:

Jedes in seiner Familie oder in einer stabilen Umgebung aufgewachsene Kind gewinnt Urvertrauen (Erikson). Es wird "emotional fundiert" und erlangt "sozialen Optimismus". Das Kind wendet sich seiner für es spezifisch kulturell geprägten Familie zu. In dieser Enkulturation wird das Kind auf seine soziale Rolle außerhalb der Familie vorbereitet (Schwader). Die Sprache der Familie ist ein menschlicher Überträger dieser Enkulturation.

Akkulturation:

Dieses Wort bezeichnet die Übernahme fremder Kulturelemente in den Rahmen der eigenen, schon verankerten Kulturwerte durch Individuen oder Gruppen, betrifft also vorwiegend erwachsene Ausländer.
In der wechselseitigen Auseinandersetzung zwischen Kind und weiterer Umgebung, also Kultur und Gesellschaft, treffen beim Ausländerkind unterschiedliche Kulturen und Sprachen aufeinander. Eine Kultur ist die dominierende, für die abhängige Kultur wird Auseinandersetzung und Anpassung gefordert. Akkulturation ist erforderlich. Sie geht einher mit der Aufgabe von Teilen der eigenen Kultur. Dieser für die zweite Generation der Ausländer erzwungene Wechsel des kulturellen Bezugssystems kennzeichnet das psychosoziale Befinden des ausländischen Kindes und weist auf die schwierigen Bedingungen hin, in denen das Ausländerkind aufwachsen muß (Schwader). Die Schule wird dabei in die Rolle gedrängt, für den weitaus größten Teil der ausländischen Kinder und Jugendlichen wesent-

liche Instanz in diesem Prozeß zu werden. Die Schule beeinflußt entscheidend den Verlauf der Sozialisation und der Identitätsfindung der Kinder (Hohmann, 48, S. 275/276).

Primäre Sozialisation

von Ausländerkindern ist die Sozialisation in der Familie, die sich entsprechend traditioneller Wertvorstellungen vollzieht. In der

sekundären Sozialisation

werden die Kinder zunehmend mit Elementen der anderen Kultur konfrontiert. "Die Übernahme von Elementen einer anderen Kultur vollzieht sich dann, wenn die eigene der Dominanz der Kultur des Einwanderungslandes weichen muß" (Baumgartner et al., 1978). Dabei ist die Situation ausländischer Kinder gekennzeichnet durch die existenzielle (Arbeitsplatz-) Unsicherheit der Eltern als Lohnarbeiter in einem fremden Land (abhängig vom Ausländergesetz), der Unsicherheit der Eltern einer Industriegesellschaft gegenüber (Konfrontation mit neuen Werten und Normen), der Unsicherheit in der Zukunftsplanung (Wann erfolgt die Rückkehr ins Heimatland oder bleibt die Familie in Deutschland?) (Baumgartner et al., 1978).

Die Eltern fühlen sich den traditionellen Wertvorstellungen verpflichtet und stellen entsprechende Forderungen an die Kinder (besonders in der kulturell völlig andersartigen Türkei). Durch das Schulsystem, die deutsche Umgebung und die Werte, welche deutsche Medien vermitteln, gerät die Identitätsentwicklung der ausländischen Kinder in eine konflikthafte Orientierungslosigkeit (20, S. 137). Die ausländischen Kinder werden "durch Fernsehen und Illustrierte, auf die sie aufgrund ihrer Ghettosituation angewiesen sind, Opfer der totalen Konsumwerbung, die als vordergründigstes und sublimstes Mittel ständig die Sexualität vor ihren Karren spannt. Sie müssen daher das Bild der schönen, schicken, freien jungen Mädchen und der starken, freien, kühlen, potenten jungen Männer, das ihnen dort suggeriert wird, für Realität halten, weil sie keine Chance haben, es zu überprüfen" (4).

Wir sehen also, daß die ausländischen Kinder durch die bikulturelle Sozialisation mit ethischer Selbstentfremdung und nur partieller Integration und erzwungener Anpassung massive Probleme bei der Identitätsfindung haben müssen.

Bedingungen der Integration:

Die "Integration" läuft unterschiedlich ab in Abhängigkeit vom Alter des Kindes

bei Abbruch des Sozialisationsprozesses in der Heimat und Neubeginn in der Bundesrepublik. Es lassen sich grob vier Verläufe erkennen:

1. Der jugendliche Ausländer kommt mit weitgehend abgeschlossener Schulausbildung in die Bundesrepublik Deutschland. Er hat sich eindeutig mit Kultur und Gesellschaft des Herkunftslandes identifiziert. Er bleibt von seiner Entwicklung her Ausländer. Sprachbehinderung führt nun zu schulischem Mißerfolg, behindert die Berufsausbildung und gefährdet die soziale Fixierung in der Bundesrepublik. Lebensperspektive ist die Hilfsarbeitertätigkeit und die erhöhte Gefahr ständiger Arbeitslosigkeit. Der Zustand, der die Eltern zur Emigration aus dem Heimatland bewog, wird die Zukunft ihrer Kinder in der Emigration bestimmen.

2. Die Kinder, welche im Vorschulalter oder während der ersten Jahre der Schulzeit in die Bundesrepublik Deutschland kommen, haben sich mit der Heimatkultur teilweise oder weitgehend identifiziert. Gegenüber der Bundesrepublik entwickelt sich ein ausgeprägtes Fremdheitserlebnis. Akkulturation vollzieht sich in der Unterschiedlichkeit zwischen Elternhaus, Kindergarten und Schule mit ihren verschiedenen Sprachen. Ihre Identifikation ist ambivalent, sie werden Fremde: nicht Ausländer, aber auch nicht Deutsche. Ihr Zugang zu den altersgleichen peer groups ist erschwert. Eine gestörte Ich-Entwicklung, der ständige Schulwechsel und ihre Sprachschwierigkeiten bedeuten weitere Behinderungen in der Entwicklung.

3. Bei früh eingewanderten Kindern und Kleinkindern ausländischer Eltern vollzog sich die primäre Sozialisation nach traditionellen Wertvorstellungen in der Familie im Heimatland. In der sekundären Sozialisation werden die Kinder in Deutschland zunehmend mit Elementen einer fremden Kultur konfrontiert. Die Familie orientiert sich weiterhin an der Herkunftsgesellschaft aus Unsicherheit über ihr persönliches Schicksal. Dem stehen die Integrationsbemühungen der Schule entgegen. Die Kinder selbst erstreben eine Integration in die deutsche Hauptschule, wobei sie auf Schwierigkeiten bei der Organisation stoßen. Zudem haben sie mit stark erhöhtem Schulstreß zu rechnen, da sie nach dem Willen der Eltern zusätzlich zur deutschen Schule noch die muttersprachliche Klasse zu besuchen haben, um auch in der heimatlichen Kultur erzogen zu werden.

4. Das in Deutschland geborene Kind ausländischer Eltern unterliegt im ungünstigen Fall widersprüchlichen Sozialisationsbedingungen. In der Ungewißheit über ihre persönliche Zukunft orientiert sich die Familie zur Herkunftsgesellschaft. Demgegenüber stehen die Versuche einer - zumindest von den Erlas-

sen her - langfristig auf Integration abzielenden Schulpolitik, für die bisher aber nur unzureichende Voraussetzungen geschaffen wurden. Die Kinder selbst bevorzugen die Integration in die deutsche Hauptschule, scheitern jedoch an der Organisation und der menschlichen Isolation (48, S. 276/277).

Probleme bei der Integration von Ausländerkindern:

Zuhause hören die ausländischen Kinder in der Regel nur die Heimatsprache, so daß sie mit den Familienangehörigen auch kein Deutsch sprechen. Da die ausländischen Arbeitnehmer meist ghettoartig in bestimmten Straßen zusammenleben, oft auch noch mit Menschen derselben Nationalität, sind die Straßenfreunde ebenfalls Ausländerkinder, die bei der Förderung des Umgangs mit der deutschen Sprache keinen oder nur einen geringen Beitrag leisten können. Weiterhin fehlt eine häusliche Betreuung der Hausaufgabenarbeit fast völlig, wobei sich die ausländischen Eltern in dieser Haltung nicht wesentlich von vielen deutschen Eltern unterscheiden, auch wenn hier andere Gründe vorliegen.

Die körperliche und seelische Entwicklung dieser Kinder leidet zunehmend auch unter der Beschäftigung beider Eltern. Häufig werden Erstkläßler den ganzen Tag zum Selbstversorger, indem sie vorbereitete Speisen aufwärmen und zudem den größten Teil des Tages auf hilfreiche Zuwendung bei den vielen kleinen und größeren Schwierigkeiten ihres Alltags verzichten müssen. Wie sich das auf die seelische Entwicklung der Kinder auswirkt, ist wohl leicht vorstellbar. Allerdings wird dieses Problem auch von deutschen Eltern weithin verdrängt und seelische Zuwendung durch materielle ersetzt. Solche Kinder sind in besonderer Weise anfällig für den Dauerkonsum des Fernsehens. Nach Berichten von Grundschullehrern sitzen viele ihrer Schüler 5 - 7 Stunden vor dem Fernseher und konsumieren unreflektiert alles, was auf sie zukommt. Pädagogen und Medienfachleute sind sich darüber im Klaren, daß bei vielen Kindern dadurch irreparable Schäden entstehen (40, S. 9 - 12).

Schule als Sozialisationsfaktor

In diesem durch unterschiedliche Bedingungen so schwierigen Anpassungsprozeß der Kinder steht die Schule als wesentlicher Sozialisationsfaktor. Aber auch die Schule unterliegt weiteren widersprüchlichen Einflüssen. Unterschiedliche Wünsche der ausländischen Eltern nach "Integration" oder "Reintegration" ihrer Kinder, unterschiedliche politische Zielvorstellungen aus dem Blickwinkel der sozialpolitischen Folgemaßnahmen erfordern widersprüchliche Maßnahmen. So stellt sich die Sozialpolitik mangels eindeutiger politischer Zielvorstellungen defensiv den anstehenden Problemen (48, S. 277).

Schulpolitik

Von den 263 Ausländerkindern der Schillerschule, einer Grund- und Hauptschule in Esslingen, wurden 170 (= 64,6 %) Kinder direkt in die erste Klasse einer Grundschule eingeschult, haben also einen Bildungsweg angefangen, wie er normalerweise für ein deutsches Kind üblich ist (40, S. 9/10). Hier ist eine Integration am leichtesten möglich, besonders, wenn die Kinder über lange Zeit hinweg den deutschen Kindergarten besucht haben.

Aus einer türkisch-muttersprachlichen Klasse 4, die in den ersten 4 Jahren von einem türkischen Lehrer betreut wird, kamen 52 (= 19,8 %) Schüler (40, S. 9/19). Diese Zahl wird in den nächsten Jahren eher noch zunehmen. Bei diesen Kindern zeigen sich oft gravierende Defizite beim Gebrauch der deutschen Sprache, was natürlich in allen Fächern seine Auswirkungen hat. Zusätzlich kommen Probleme durch den Wechsel der Erziehungsweise. Die türkischen Lehrer haben durchweg einen extrem autoritären Erziehungs- und Unterrichtsstil mit körperlicher Züchtigung. Von den deutschen Lehrern wird erwartet, daß sie ähnlich autoritär vorgehen. Von Lehrern mit unserer pädagogischen Auffassung und Kultur ist das aber nicht zu leisten.

"Fast jedes dieser Kinder zeigt Verhaltensauffälligkeiten aufgrund einer gebrochenen, in Traditionen verhafteten und mit Angst und Hilflosigkeit festgehaltenen Erziehung der Eltern und benötigt therapeutische Zuwendung" (40, S. 14).

41 Kinder (= 15,6 %) kamen aus den sogenannten Vorbereitungsklassen, in denen die ohne deutsche Sprachkenntnisse aus dem Heimatland kommenden schulpflichtigen Kinder verschiedenen Alters zunächst betreut werden. Ihrem Alter entsprechend wurden sie in die jeweilige Klassenstufe aufgenommen (40, S. 9/10). Zur Erlernung der deutschen Sprache werden diese Kinder für ein Jahr oder mehr in eine Vorbereitungsklasse eingewiesen, um später in eine ihrem Alter entsprechende Regelklasse eingeschult zu werden. Diese Kinder haben es am schwersten. Mit völlig unzureichenden Deutschkenntnissen kommen sie nach der Vorbereitungsklasse in die Regelschule, in allen Fächern können sie dem Unterricht kaum folgen, trotz Zusatzunterricht sind in vielen Fällen die Lernfortschritte gering. Erfahrungsgemäß ist bei diesen Kindern die Gefahr besonders groß, daß sie fehlende Erfolgserlebnisse durch Aggressionen und Störungen des Unterrichts kompensieren. Oft müssen sie zurückversetzt werden, sind dann überaltert, fühlen sich unter den jüngeren Klassenkameraden nicht wohl und müssen schließlich wegen ihres Alters und der Aussichtslosigkeit, einen Schulabschluß zu erreichen, aus der 7. oder 8. Klasse in eine unsichere Zukunft entlassen werden (40, S. 9 - 15). So ist es nicht verwunderlich, daß 68 % der Kinder ausländischer Arbeitnehmer das Ziel der Hauptschule nicht erreichen, gegenüber

25 % der deutschen Kinder (13, S. 453). Danach ist es außerordentlich schwer für diese jungen Menschen, ohne Schulabschluß einen Anschluß an eine Berufsarbeit oder Berufsausbildung zu finden.

Für die meisten ausländischen Kinder kommt hinzu, daß sie zusätzlich zum deutschen Unterricht an den Nachmittagen noch den muttersprachlichen Unterricht erhalten sollen, der für die griechischen Kinder auf 8 Stunden, für Kinder anderer Nationalität auf 5 Stunden begrenzt ist. Zwar kann der deutsche Unterricht in bestimmten Fächern um 3 Stunden gekürzt werden, aus stundenplantechnischen Gründen ist dies jedoch oft kaum möglich. Hinzu kommt, daß die ausländischen Lehrer auf Drängen der Eltern oft versuchen, den muttersprachlichen Unterricht auszuweiten. Der Nachmittagsunterricht wird damit auch zu einer günstigen Aufbewahrungsmöglichkeit für die Kinder, damit die Eltern beruhigt zur Arbeit gehen können. Diese Doppelbelastung der ausländischen Kinder, man denke nur an die zweifach zu fertigenden Hausaufgaben, führt zu Belastungen, über die sich wahrscheinlich niemand richtige Vorstellungen machen kann. Alle Pädagogen sind sich darüber einig, daß es sinnvoll wäre, den muttersprachlichen Unterricht in dieser Form abzuschaffen und ihn in den Normalunterricht einzubauen. Aber schon die Frage, an welchen Fächern des Regelunterrichts diese Kinder dann nicht teilnehmen sollen, zeigt die Schwierigkeiten auf, ganz zu schweigen von der Organisation im weiten Gebiet einer Industriestadt (40, S. 17).

Nach der Analyse der massiven sozialen Konflikte, die sich um Ausländerkinder und deren Sozialisation ranken, wollen wir uns nun der Erkrankungshäufigkeit von Ausländerkindern und deren Eltern mit der Frage zuwenden: Sind Ausländerkinder aufgrund ihrer starken sozialen Belastungen auch häufiger krank?

3. Zielsetzung der Untersuchung, Material, Methode

3.1 Zielsetzung der Untersuchung

In der vorliegenden Untersuchung sollen Krankheitsverläufe von Ausländern bzw. Ausländerkindern denen von Deutschen bzw. deutschen Kindern gegenübergestellt werden, um eventuell Hypothesen über die Krankheitsentstehung bei ausländischen Arbeitnehmern und Ausländerkindern bilden zu können.

Die Arbeit gliedert sich also in zwei Hauptteile:

1. Krankheitsverhalten von ausländischen Arbeitnehmern (sog. "1. Generation")
2. Krankheitsverhalten von Ausländerkindern (sog. "2. Generation").

Folgende Fragen stehen dabei im Mittelpunkt der Studie:

1. Werden Ausländer/Ausländerkinder häufiger in ein Krankenhaus aufgenommen als Deutsche/deutsche Kinder?
2. Leiden ins Krankenhaus aufgenommene Ausländer/Ausländerkinder an anderen Krankheiten als Deutsche/deutsche Kinder?
3. Sind die Krankheitsverläufe ausländischer und deutscher Kinder voneinander verschieden?

Der dritte Teil der Untersuchung befaßt sich mit Krankheitsverläufen in der psychosomatischen Abteilung der Kinderklinik. Auch hier wurden vorwiegend die oben aufgeführten drei Fragen untersucht.
Die erhobenen Daten sollen dann gegebenenfalls mit vergleichbaren Untersuchungen diskutiert werden, um deutlichere Interpretationen liefern zu können, als es mit nur einer Untersuchung möglich wäre.
In der vorliegenden Untersuchung können keine absoluten epidemiologischen Untersuchungen erarbeitet werden. Zunächst sollen Hinweise für Nachfolgeuntersuchungen gegeben werden. Solche Untersuchungen sind dringend vonnöten und sollten in einem weiter gesteckten Rahmen und mit erheblich größerem Aufwand durchgeführt werden, als es im Rahmen einer Dissertation möglich erscheint.

Einwohnerzahlen in der Stadt Esslingen 1981 - 1983

Jahr	Einwohnerzahl insgesamt	Ausländer	Prozentualer Anteil der Ausländer an der Gesamtbevölkerung
1981	89.974	16.017	17,8 %
1982	89.056	15.803	17,7 %
1983	88.277	15.623	17,7 %

Tab. 12: Einwohnerzahl den Stadt Esslingen 1981 - 1983.
Nach Angaben des Einwohnermeldeamtes der Stadt Esslingen.

Bevölkerungsstatistik im Landkreis Esslingen

Landkreis Esslingen	31. 12. 1981	31. 12. 1982	31. 12. 1983
Gesamtbevölkerung	460.713	459.514	456.448
Deutsche	398.552 (= 86,5 %)	399.003 (= 86,83 %)	398.251 (= 87,25 %)
Ausländer	62.161 (= 13,49 %)	60.511 (= 13,17 %)	58.197 (= 12,75 %)

Tab. 13: Prozentualer Anteil von Deutschen und Ausländern an der Gesamtbevölkerung im Landkreis Esslingen 1981 - 1983.
Nach Daten der Bevölkerungsfortschreibung des Stat. Landesamtes in Stuttgart.

Bevölkerungsstatistik in der Stadt Esslingen

Stadt Esslingen	31. 12. 1981	31. 12. 1982	31. 12. 1983
Gesamtbevölkerung	90.035	88.950	88.068
Deutsche	75.221 (= 83,55 %)	74.352 (= 83,59 %)	73.791 (= 83,79 %)
Ausländer	14.814 (= 16,45 %)	14.598 (= 16,41 %)	14.277 (= 16,21 %)

Tab. 14: Prozentualer Anteil von Ausländern und Deutschen an der Gesamtbevölkerung in der Stadt Esslingen 1981 - 1983.
Nach Daten der Bevölkerungsfortschreibung des Stat. Landesamtes für Baden-Württemberg in Stuttgart.

Bevölkerungsstatistik in Landkreis und Stadt Esslingen

1981 - 83	Stadt Esslingen $\bar{x}$	Landkreis Esslingen $\bar{x}$	Differenz (+/-)
Türken	32,4 %	31,7 %	- 1,4 %
Italiener	14,4 %	19,6 %	+ 4,9 %
Griechen	19,3 %	13,95 %	- 5,75 %
Jugoslawen	17,13 %	19,0 %	+ 1,5 %
Spanier	2,3 %	2,1 %	- 0,3 %
Andere	14,5 %	13,6 %	- 1,3 %
Ausländer insgesamt	16,36 %	13,14 %	- 3,22 %

Tab. 15: Kontingenztafel zum Vergleich des Bevölkerungsanteils der verschiedenen Nationalitäten in Stadt und Landkreis Esslingen.
$\bar{x}$ = Mittelwert von Prozentzahlen der Bevölkerungszahlen der Jahre 1981 - 1983.
Statistischer Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$.

Bevölkerungsstatistik im Landkreis Esslingen

1981

	Männer	Frauen	Kinder unter 15 Jahren
Gesamtbevölkerung	185.050 (= 40,17 %)	191.681 (= 41,6 %)	83.982 (= 18,23 %)
Deutsche	158.424 (= 39, 75 %)	173.008 (= 43,4 %)	67.120 (= 16,85 %)
Ausländer	30.212 (= 45,65 %)	19.108 (= 28,8 %)	16.862 (= 25,48 %)

1982

	Männer	Frauen	Kinder unter 15 Jahren
Gesamtbevölkerung	185.812 (= 40,44 %)	193.240 (= 42,05 %)	81.464 (= 17,51 %)
Deutsche	164.440 (= 41,21 %)	170.332 (= 42,69 %)	64.231 (= 16,1 %)
Ausländer	28.897 (= 45,2 %)	18.779 (= 29,4 %)	16.233 (= 25,4 %)

1983

	Männer	Frauen	Kinder unter 15 Jahren
Gesamtbevölkerung	186.146 (= 40,78 %)	194.055 (= 42,52 %)	76.247 (= 16,7 %)
Deutsche	161.382 (= 40,52 %)	175.744 (= 44,1 %)	61.125 (= 15,5 %)
Ausländer	25.632 (= 44,1 %)	17.411 (= 29,93 %)	15.122 (= 26 %)

Tab. 16: Prozentualer Anteil von Männern, Frauen und Kindern unter 15 Jahren an der Gesamtbevölkerungszahl, Deutschen und Ausländern, im Landkreis Esslingen 1981 - 1983.
Nach Daten der Bevölkerungsfortschreibung und des Ausländerzentralregisters des Stat. Landesamtes für Baden-Württemberg in Stuttgart.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$.

Bevölkerungsstatistik in der Stadt Esslingen

1981

	Männer	Frauen	Kinder unter 15 Jahren
Gesamtbevölkerung	36.703 (= 40,77 %)	39.052 (= 43,37 %)	14.280 (= 15,86 %)
Deutsche	30.024 (= 39,91 %)	34.780 (= 46,24 %)	10.417 (= 13,85 %)
Ausländer	7.833 (= 48,38 %)	4.495 (= 27,8 %)	3.863 (= 23,9 %)

1982

	Männer	Frauen	Kinder unter 15 Jahren
Gesamtbevölkerung	36.559 (= 41,1 %)	38.898 (= 43,73 %)	13.493 (= 15,17 %)
Deutsche	29.979 (= 40,32 %)	34.603 (= 46,54 %)	9.770 (= 13,14 %)
Ausländer	7.670 (= 48,18 %)	4.526 (= 28,43 %)	3.723 (= 23,39 %)

1983

	Männer	Frauen	Kinder unter 15 Jahren
Gesamtbevölkerung	36.524 (= 41,47 %)	38.829 (= 44,09 %)	12.715 (= 14,44 %)
Deutsche	30.037 (= 40,71 %)	34.544 (= 46,81 %)	9.210 (= 12,48 %)
Ausländer	6.793 (= 46,56 %)	4.293 (= 29,42 %)	3.505 (= 24,02 %)

Tab. 17: Prozentualer Anteil von Männern, Frauen und Kindern unter 15 Jahren an der Gesamtbevölkerungszahl, Deutschen und Ausländern, in der Stadt Esslingen 1981 - 1983.
Nach Daten der Bevölkerungsfortschreibung und des Ausländerzentralregisters des Stat. Landesamtes für Baden-Württemberg in Stuttgart.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$

Bevölkerungsstatistik im Landkreis Esslingen

	30. 09. 1981	30. 09. 1982	30. 09. 1983
Ausländer insgesamt	65.414	63.408	57.474
Türken	20.118 (= 30,75 %)	19.998 (= 31,54 %)	18.870 (= 32,83 %)
Italiener	13.407 (= 20,5 %)	12.445 (= 19,63 %)	10.708 (= 18,63 %)
Griechen	9.067 (= 13,86 %)	8.878 (= 14,0 %)	8.041 (= 13,99 %)
Jugoslawen	12.318 (= 18,83 %)	12.027 (= 18,97 %)	11.067 (= 19,26 %)
Spanier	1.407 (= 2,15 %)	1.371 (= 2,16 %)	1.171 (= 2,04 %)
Andere	9.097 (= 13,9 %)	8.687 (= 13,7 %)	7.617 (= 13,25 %)

Tab. 18: Prozentualer Anteil der verschiedenen Nationalitäten an der Gesamtzahl der ausländischen Bevölkerung im Landkreis Esslingen 1981 - 1983.
Nach Daten des Ausländerzentralregisters des Stat. Landesamtes für Baden-Württemberg in Stuttgart.

Bevölkerungsstatistik in der Stadt Esslingen

	30. 09. 1981	30. 09. 1982	30. 09. 1983
Ausländer insgesamt	16.429	16.241	14.753
Türken	5.316 (= 32,36 %)	5.321 (= 32,76 %)	5.053 (= 34,25 %)
Italiener	2.528 (= 15,39 %)	2.454 (= 15,1 %)	2.012 (= 13,64 %)
Griechen	3.182 (= 19,37 %)	3.169 (= 19,51 %)	3.001 (= 20,34 %)
Jugoslawen	2.852 (= 17,36 %)	2.825 (= 17,39 %)	2.628 (= 17,81 %)
Spanier	387 (= 2,36 %)	383 (= 2,36 %)	348 (= 2,36 %)
Andere	2.164 (= 13,17 %)	2.089 (= 12,86 %)	2.749 (= 18,63 %)

Tab. 19: Prozentualer Anteil der verschiedenen Nationalitäten an der Gesamtzahl der ausländischen Bevölkerung in der Stadt Esslingen 1981 - 1983. Nach Daten des Ausländerzentralregisters des Stat. Landesamtes für Baden-Württemberg in Stuttgart.

3.2 Das Untersuchungsfeld

Esslingen ist eine Industriestadt Baden-Württembergs mit ca. 88.000 Einwohnern, einer allerdings in den letzten Jahren sinkenden Einwohnerzahl, weil viele Menschen in Vorstadtgebiete und ländlichere Gegenden mit einer besseren Wohnqualität abwandern (vgl. Tab. 12). Der Ausländeranteil betrug in den letzten Jahren 17,7 %, ebenfalls mit sinkender Tendenz (vgl. Tab. 12).

Trotz ihrer Nähe zu Stuttgart (16 km) hat die Stadt ein eigenständiges kulturelles Leben, wohl auch mit durch ihre Tradition als Reichsstadt bedingt. Schwäbisch-reichsstädtisch ist auch die Mentalität ihrer "Bürger", von denen zwei Drittel evangelisch, die übrigen vorwiegend katholisch sind.
Die starke Industrialisierung Esslingens hat einen hohen Ausländeranteil zur Folge: In den Jahren 1981 - 1983 waren etwa 16 % der Bevölkerung Ausländer. Im Landkreis Esslingen waren es dagegen etwas weniger: 13 %, mit 3,2 % ein signifikanter Unterschied zwischen Stadt und Landkreis ($\alpha \geq 0{,}001$), siehe Tab. 13, 14 und 15.

Anteil der Männer: ca. 40 % (Stadt und Landkreis)
Anteil der Frauen: ca. 44 % (Stadt) und ca. 42 % (Landkreis)
Anteil der Kinder: ca. 15 % (Stadt) und ca. 17 % (Landkreis)
(Vgl. Tab. 16 und 17.)

Unter den Nationalitäten dominieren mit 33 % (Stadt) und 32 % (Landkreis) die Türken. Danach folgen die Italiener (Stadt: 15 %, Landkreis: 20 %), Griechen (Stadt: 20 %, Landkreis: 14 %), Jugoslawen (Stadt: 18 %, Landkreis: 19 %), Spanier (Stadt und Landkreis: 2 %), andere Nationalitäten (Stadt: 15 %, Landkreis: 14 %), siehe Tab. 18 und 19. Demnach besteht ein signifikanter Unterschied von $\alpha \geq 0{,}001$ zwischen der Niederlassung der einzelnen Nationalitäten in der Stadt bzw. dem Landkreis Esslingen. Türken leben durchschnittlich um 1,4 % mehr in der Stadt, Griechen sogar um 5,75 %, Spanier nur um 0,3 % und andere Nationalitäten um 1,3 %. Im Landkreis Esslingen leben dagegen 4,9 % mehr Italiener und 1,5 % mehr Jugoslawen (vgl. Tab. 15).
Insgesamt kann man feststellen, daß die Ausländer um 3,2 % häufiger im Stadtzentrum als im Landkreis Esslingen siedeln im Vergleich zur deutschen Bevölkerung (Signifikanzniveau: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$).

Zu den "anderen Nationalitäten" zählen vor allem Amerikaner, Franzosen (Militär), Österreicher, Portugiesen, Niederländer, Dänen. Sie sind hier nicht Gegenstand der Untersuchung, da sie, wie schon unter 2.1 erwähnt, eine ganz andere Problemgruppe bilden, als die von uns untersuchte. Unter den Nationalitäten der

Ausländer ist die Integration ganz unterschiedlich. Am besten integriert sind Italiener und Jugoslawen, danach folgen Griechen und Spanier. Türken sind die vergleichsweise mit Abstand am schlechtesten integrierte Ausländergruppe.

Nach Michaels (44, S. 66) läßt sich auf die Bevölkerung einzelner Stadtviertel mit Ausländern eine Abwanderung der deutschen Bevölkerung in andere, besser bewohnbare oder außerhalb der Stadt gelegene Stadtviertel mit angenehmerem Wohnklima feststellen. Als Folge davon wird die Innenstadt Esslingens mit ihren zum Teil noch nicht oder schlecht renovierten und mit wenig Komfort ausgestatteten Altbauwohnungen zunehmend von Ausländern bewohnt, während die deutsche Bevölkerung, wie auch in anderen Großstädten Deutschlands, zunehmend in die mit größerem Wohnluxus ausgestatteten Neubausiedlungen am Stadtrand umsiedelt. Diese Tendenz verstärkt die Ghettoisierung und Isolation der Ausländer und unterstreicht ihre Außenseiterstellung in der Bundesrepublik Deutschland als politische Randgruppe.

3.3 Methode der Untersuchung

Die vorliegende Arbeit ist eine retrospektive Studie, die sich auf vorhandenes Material stützt. Die Zahlen zur Bevölkerungsstatistik entstammen dem Stat. Landesamt für Baden-Württemberg und wurden zum einen der Bevölkerungsfortschreibung, zum anderen dem Ausländerzentralregister für die Jahre 1981 - 1983 entnommen. Um einen Einblick in die Krankenhausaufnahmen der einzelnen Abteilungen zu bekommen, wurde das Archiv der Aufnahmezentrale des Städt. Krankenhauses in Esslingen über die Jahre 1982 und 1983 herangezogen. In der Kinderklinik ermöglichte die Auswertung des Archivs der zentralen Aufnahme von 1982 und 1983 einen Überblick über die gefragten Parameter (Vergleich von Altersgruppen, Liegezeiten, Geschlechtern, Krankheitsdiagnosen). Sodann wurden die Krankengeschichten und Arztbriefe der ambulanten und stationären Patienten in der psychosomatischen Kinderabteilung von 1980 - 1983 statistisch ausgewertet. Dabei interessierte vorwiegend der Vergleich der Ausländer/ausländischen Kinder mit den Deutschen/deutschen Kindern.

Bei einer retrospektiven Studie wird von Trägern bestimmter Merkmale (z. B. Ausländer) ausgegangen. Im Vergleich mit einer bis auf dieses Merkmal gleichartigen Kontrollgruppe soll geprüft werden, ob ein Zusammenhang hinsichtlich der Krankheitsausprägung und des Krankheitsverhaltens mit einem bestimmten Merkmal, z. B. Nationalität, besteht. Die retrospektive Studie stützt sich auf vorhan-

denes Material (siehe obige Auflistung). Eine homogene, zufällige Zuteilung der Versuchspersonen zu den Versuchsbedingungen ist dabei nicht mehr möglich gewesen. Die zu untersuchenden Einflußfaktoren, wie z. B. Krankheitsausprägung und -verlauf, werden überlagert durch unsystematische Einflüsse wie Alter, Geschlecht, Schwere der Krankheit, soziale Stellung, Wohnort etc. Dadurch werden die Aussagen retrospektiver Studien oft verzerrt.

Um diese Inhomogenitäten auszugleichen, sollte man nun jedem ausländischen Patienten, der an einer bestimmten Erkrankung leidet, einen an den genannten nichtsystematischen Einflußgrößen möglichst gleichartigen Probanden gegenüberstellen (statistischer Zwilling), der ein entsprechendes Merkmal nicht aufweist (matched-pairs-Technik). Auf diese Weise bemüht man sich, eine homogene Kontrollgruppe zu bilden. So erscheint es sinnvoll, bei der vorliegenden Fragestellung (Leiden Ausländer im Vergleich zu Deutschen gehäuft an bestimmten Erkrankungen?) Ausländer und Deutsche in Bezug auf folgende unsystematische Einflüsse zu parallelisieren:

1. Alter
2. Geschlecht
3. Soziale Schicht

Das war nun leider bei der vorliegenden Untersuchung aus verfahrenstechnischen Gründen nicht möglich. Im zentralen Aufnahmearchiv und in der Kinderklinik waren die Patientendaten nicht nach oben genannten Kriterien gespeichert, so daß die vorliegende Untersuchung als Planstudie zu sehen ist, die schon von vorneherein eine Parallelisierung nach den oben genannten Kriterien planen und computertechnisch einprogrammieren müßte, um die Schwierigkeiten, die in der vorliegenden Studie auftraten, zu umgehen und statistisch signifikantere Daten zu gewinnen.

Vor- und Nachteile einer retrospektiven Studie

Retrospektive Studien können relativ schnell und ohne großen Aufwand durchgeführt werden (Vorteil), weshalb sie häufig bei akuten Fragen herangezogen werden. Nachteile sind: Ein Bias, d. h. ein systematischer Fehler der Methode entsteht, der die Ergebnisse mit Tendenz in eine bestimmte Richtung verfälscht, da die Versuchs- und Kontrollgruppe selten strukturgleich anzulegen sind, sowie dadurch, daß keine zufällige, sondern eine selektierte Stichprobe vorliegt (d. h. die Stichprobe ist aus einer Teilgesamtheit der Grundgesamtheit gewonnen worden). Bei der Auswertung sind die statistischen Probleme entsprechend groß und die Ergebnisse oft mehrdeutig interpretierbar. Dieses Problem wird durch die bei der

Erhebung auftretenden Schwierigkeiten noch gesteigert (siehe oben), da oft die in den Unterlagen enthaltenen Informationen lückenhaft oder nicht eindeutig sind.

Für ihre Hilfe bei der statistischen Auswertung der erhobenen Daten danke ich Herrn Prof. Dr. Mau (Privatdozent) und Herrn Wittkowski (Diplom-Mathematiker) vom Institut für medizinische Statistik der Universität Tübingen und Frau Dr. Ebel vom Institut für Biologie I (Biomathematik) der Universität Tübingen.

3.4 Kritische Wertung des vorliegenden Materials und der angewandten Methoden

Die vorliegende Arbeit bedient sich zur Auswertung der erhobenen Daten des stat. Signifikanztestes. Wegen der verfahrenstechnisch unmöglichen Parallelisierung der in 3.3 genannten unsystematischen Einflüsse (Alter, Geschlecht, soziale Schicht) sind die Ergebnisse mit Vorsicht zu betrachten, da nicht auszuschließen ist, daß z. B. die soziale Schicht der Ausländer (unterste Schicht) der wesentliche pathogene Faktor für Ausländer ist, und nicht etwa das Merkmal "Ausländer", wie zuerst angenommen. Das bestätigen zumindest etliche andere Untersuchungen (z. B. Eßlinger/19, S. 8 ff und S. 29 und 31 oder Kleining und Moore/39, 1968 oder Collatz/Natzschka/Schwoon/12, S. 35).

Weiterhin soll hier nochmals darauf hingewiesen werden, daß bei der vorliegenden Studie nur die stationär aufgenommenen Patienten einer Industriestadt untersucht wurden. Das alleine führt schon zu Einschränkungen bei der Verallgemeinerung der Ergebnisse, da nur eine Teilpopulation untersucht wurde. Daher habe ich mich bemüht, andere Studien über gleiche Fragestellungen zum Vergleich heranzuziehen, um über diesen Umweg trotzdem eine gewisse Allgemeingültigkeit zu erreichen.
Andererseits können wir davon ausgehen, daß Esslingen als Industriestadt für eine Stichprobenuntersuchung über pathogene Faktoren bei der Erkrankung von Ausländern bzw. Ausländerkindern beispielhaft für andere Städte in hohem Maße geeignet ist. Der oben angesprochene Vergleich mit Untersuchungen in anderen Städten ermöglicht es, gleichlautenden Ergebnissen stärkeres Gewicht zu geben. Sich widersprechende Aussagen verlieren dagegen an Relevanz.

Bettenzahl im Städtischen Krankenhaus Esslingen

Abteilung	Plan	Istzahl
Klinik gesamt	663	658
Medizin. Klinik	158	159
Chirurgische Klinik	172	170
Frauenklinik	89	91
Kinderklinik	168	168
Psychosomatik	24	22
Anästhesie	12	12
HNO-Klinik	21	20
Augenklinik	19	17
Dialyse	4	4

Tab. 20: Bettenzahl im Städtischen Krankenhaus Esslingen, getrennt nach den einzelnen Abteilungen.
Nach Daten des zentralen Aufnahmearchivs des Städt. Krankenhauses in Esslingen.

Bettenaufteilung in der Kinderklinik

Abteilung	Bettenzahl
Allgem. Pädiatrie	85
Kinderchirurgie	42
Neuropädiatrie	21
Psychosomatik	9
Intensivmedizin	8
Mutter-Kind-Einheit	3
Kinderzimmer	30

Tab. 21: Bettenaufteilung in der Kinderklinik des Städt. Krankenhauses Esslingen.
Nach Daten des zentralen Aufnahmearchivs des Städt. Krankenhauses in Esslingen.

Patientenverteilung im Städt. Krankenhaus Esslingen 1982/83

	1982	1983
Gesamtpatientenzahl	14.719	15.048
Deutsche	12.280 (=83,43 %)	12.661 (= 84,14 %)
Ausländer	2.439 (= 16,57 %)	2.387 (= 15,93 %)

Tab. 22: Absoluter und relativer Anteil von Deutschen und Ausländern an der Gesamtpatientenzahl 1982/83.
Nach dem Zentralregister des Städt. Krankenhauses Esslingen über die Jahre 1982/83.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, q = 3,0902

Einzugsbereiche der einzelnen Abteilungen 1982/83

1982	Stadt Essl.	Kreis Essl.	Stadt Stgt.	Andere EB
Insgesamt 15.736	8.531 = 54,2 %	5.861 = 37,2 %	439 = 2,79 %	905 = 5,75 %
Med. Kl. 3.609	2.618 = 72,5 %	780 = 21,6 %	71 = 2,0 %	140 = 3,9 %
Chir. Kl. 3.604	2.355 = 65,3 %	925 = 25,7 %	122 = 3,4 %	202 = 5,6 %
Frauenkl. 3.205	1.607 = 50,1 %	1.380 = 43,1 %	53 = 1,7 %	165 = 5,1 %
Kinderkl. 3.542	1.063 = 30,0 %	2.193 = 62,0 %	104 = 2,9 %	182 = 5,1 %
HNO-Kl. 1.480	786 = 53,1 %	500 = 33,8 %	45 = 3,0 %	149 = 10,1 %
Fachklinik f. Lungen- u. Bronch. Erkr. 153	53 = 34,6 %	33 = 21,6 %	36 = 23,5 %	31 = 20,3 %
Psychosom. 143	49 = 34,2 %	50 = 35,0 %	8 = 5,6 %	36 = 25,2 %

1983	Stadt. Essl.	Kreis Essl.	Stadt Stgt.	Andere EB
Insgesamt 15.957	8.405 = 52,7 %	5.777 = 36,2 %	489 = 3,1 %	1.286 = 8,0 %
Med. Kl. 3.629	2.516 = 69,3 %	850 = 23,4 %	98 = 2,7 %	165 = 4,6 %
Chir. Kl. 3.864	2.337 = 30,5 %	877 = 22,7 %	153 = 3,9 %	497 = 12,9 %
Frauenkl. 3.183	1.666 = 52,3 %	1.279 = 40,2 %	61 = 1,9 %	177 = 5,6 %
Kinderkl. 3.602	1.071 = 29,7 %	2.202 = 61,1 %	86 = 2,4 %	243 = 10,9 %
HNO-Kl. 1.536	770 = 50,1 %	525 = 34,2 %	73 = 4,8 %	168 = 10,9 %
Psychosom. 143	45 = 31,4 %	44 = 30,8 %	18 = 12,6 %	36 = 25,2 %

Tab. 23: Absolute und relative Zahl der Patienten der einzelnen Abteilungen aus den verschiedenen Einzugsbereichen.
Nach Daten des Zentralregisters des Städt. Krankenhauses Esslingen.

Stationäre Aufnahme von Deutschen und Ausländern: Vergleich

Nationalität	Einzugsbereich	Krankenhaus	Rel. Ant. stat. Pat. an der Bevölk.	Gesunde	Proz. Ant. der Bevölk.
		1982			
Deutsche	188.728	12.280	6,5 %	176.448	93,5 %
Ausländer	30.422	2.439	8 %	27.983	92 %
		1983			
Deutsche	183.055	12.661	6,9 %	170.394	93,1 %
Ausländer	28.591	2.387	8,3 %	26.204	91,65 %

Tab. 24: Prozentualer Anteil der stationär aufgenommenen und der nicht erkrankten deutschen und ausländischen Patienten an der Gesamtzahl der jeweiligen Bevölkerungsgruppe im Einzugsbereich.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}902$.

Patientenverteilung im Städt. Krankenhaus in Esslingen 1982/83

	1982	1983
Gesamtzahl der Ausländer	2.439	2.387
Türken	1.349 = 55,3 %	1.218 = 51,03 %
Italiener	251 = 10,29 %	367 = 15,37 %
Griechen	365 = 14,97 %	345 = 14,45 %
Jugoslawen	329 = 13,49 %	311 = 13,03 %
Spanier	72 = 2,95 %	47 = 1,97 %
Andere	73 = 2,99 %	99 = 4,15 %

Tab. 25: Prozentualer Anteil der verschiedenen Nationalitäten an der Gesamtzahl der ausländischen Patienten.
Nach dem Zentralregister des Städt. Krankenhauses Esslingen in den Jahren 1982/83.

Patientenverteilung im Städt. Krankenhaus Esslingen

1982	Rel. Anteil der Ausl. im Einzugsbereich	Rel. Anteil kranker Ausländer	Differenz
Türken	31,9 %	55,3 %	23,4 %
Italiener	18,4 %	10,3 %	8,11 %
Griechen	15,5 %	14,97 %	0,53 %
Jugoslawen	18,5 %	13,5 %	5,01 %
Spanier	2,2 %	2,95 %	0,75 %
Andere	13,5 %	3 %	10,5 %

1983	Rel. Anteil der Ausl. im Einzugsbereich	Rel. Anteil kranker Ausländer	Differenz
Türken	32,6 %	51,03 %	18,43 %
Italiener	16,9 %	15,4 %	1,53 %
Griechen	15,4 %	14,45 %	0,95 %
Jugoslawen	18,5 %	13,03 %	5,47 %
Spanier	2,08 %	1,97 %	0,11 %
Andere	14,4 %	4,15 %	10,25 %

Tab. 26: Relativer Anteil der einzelnen Nationalitäten an der Gesamtzahl der Ausländer im Einzugsbereich und im Krankenhaus.
Vergleich der relativen Häufigkeiten.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$.
Nach dem Zentralregister des Städt. Krankenhauses Esslingen in den Jahren 1982 und 1983.

4. Ergebnisse der Untersuchung

4.1 Krankheitsausprägung und -verhalten von Ausländern

4.1.1 Erkrankungshäufigkeit von Ausländern

Die städtischen Krankenanstalten Esslingens haben einen Einzugsbereich mit etwa 120.000 bis 130.000 Menschen aus der Stadt selbst und den umliegenden Gemeinden. Die Bettenzahl beträgt 663 (Planzahl) und 658 (Istzahl). Davon entfallen auf die Medizinische Klinik 158/159 Betten (jeweils zuerst Plan-, dann Istbettenzahl), auf die Chirurgische Klinik 172/170, auf die Frauenklinik 89/91 und die Kinderklinik 168/168 (vgl. auch Tab. 20). Die restlichen Betten stehen für die Anästhesie (12/12), die Hals-Nasen-Ohren-Klinik (21/20), die Augenklinik (19/17), die Dialyse (4/4) und die Psychosomatische Abteilung (24/22) zur Verfügung. Seit 1979 existiert in der Kinderklinik eine Schwerpunktstation mit 12/9 Betten für die psychosomatische Versorgung (67, S. 13). (Zur Bettenaufteilung in der Kinderklinik vgl. auch Tab. 21.)

1982/83 hatte das Städt. Krankenhaus Esslingen eine durchschnittliche Gesamtpatientenzahl von 14.884 Patienten (genauere Zahlen, vgl. Tab. 22). Davon waren durchschnittlich 83,8 % der Patienten deutscher und 16,2 % der Patienten ausländischer Nationalität (genauere Zahlen, siehe Tab. 22).

Wurden in den Jahren 1982 und 1983 mehr Ausländer stationär aufgenommen als Deutsche? Aus Tab. 23 läßt sich der prozentuale Anteil der Patientenzahl der einzelnen Abteilungen aus den verschiedenen Einzugsbereichen (Stadt und Landkreis Esslingen) entnehmen. 1983 (1982) kamen 52,7 % (54,2 %) aller Patienten aus dem Stadtbereich Esslingen, 36,2 % (37,2 %) aus dem Landkreis Esslingen. Läßt man diese Werte in die Berechnung des stat. Signifikanztestes einfließen, so kann mit hoher Signifikanz ($\alpha \geq 0{,}001$) festgestellt werden: Ausländer wurden 1983 und 1982 signifikant häufiger stationär aufgenommen als Deutsche (siehe Tab. 24). Somit muß davon ausgegangen werden, daß Ausländer ein höheres Risiko haben als Deutsche, in ein Krankenhaus eingewiesen zu werden.
Unter den Nationalitäten machten mit durchschnittlich 53 % die Türken in den Jahren 1982/83 über die Hälfte aller Aufnahmen im Städt. Krankenhaus Esslingen aus. Danach folgten mit fast gleicher Häufigkeit Griechen (14,7 %), Jugoslawen (13 %), Italiener (12,8 %) und zuletzt Spanier (2,5 %) und Andere (3,6 %; vgl. Tab. 25).

Vergleichen wir die relativen Anteile der einzelnen Nationalitäten an der Gesamtzahl aller Ausländer im Einzugsbereich und im Krankenhaus, so stellen wir fest, daß in den beiden Jahren 1982 und 1983 Türken signifikant häufiger ($\alpha \geq 0{,}001$) stationär ins Städt. Krankenhaus Esslingen eingeliefert wurden, als es ihrem relativen Anteil an der Gesamtzahl aller Ausländer im Einzugsbereich entsprochen hätte. Italiener wurden 1982 seltener stationär aufgenommen, als es ihrem Bevölkerungsanteil im Einzugsbereich entsprochen hätte. 1983 wurden sie der Erwartung entsprechend häufig aufgenommen. Griechen wurden 1982 der Erwartung entsprechend aufgenommen, 1983 seltener, als erwartet. Jugoslawen wurden in beiden Jahren mit einer Signifikanz von $\alpha \geq 0{,}001$ seltener als ihrem Erwartungswert entsprechend stationär aufgenommen. Spanier wurden in beiden Jahren ihrem Erwartungswert gemäß stationär aufgenommen. Andere Nationalitäten wurden signifikant ($\alpha \geq 0{,}001$) seltener als erwartet stationär aufgenommen, siehe Tab. 26.

Patientenverteilung im Städt. Krankenhaus Esslingen 1982/83

	1982		1983	
Abteilung	Pat. abs.	Pat. rel.	Pat. abs.	Pat. rel.
Chirurgie	2.685	18,24 %	2.971	19,74 %
Medizin./Psychosom. Klinik	3.468	23,56 %	3.513	23,35 %
Frauenklinik	3.102	21,07 %	3.530	23,46 %
Kinderklinik	4.023	27,33 %	3.520	23,39 %
Augenklinik	557	3,78 %	673	4,47 %
HNO-Klinik	884	6,06 %	841	5,59 %

Tab. 27: Absolute Zahl und relativer Anteil der in den Jahren 1982 und 1983 in die einzelnen Abteilung stationär aufgenommenen Patientenzahl. Nach dem Zentralarchiv des Städt. Krankenhauses Esslingen 1982/83.

Patientenverteilung im Städt. Krankenhaus Esslingen 1982/83

1 9 8 2

	abs.		rel.	
Abteilung	Deutsche	Ausländer	Deutsche	Ausländer
Chirurgie	2.453	232	19,98 %	9,51 %
Mediz./Psychosom. Klinik	3.229	239	26,29 %	9,8 %
Frauenklinik	2.536	566	20,65 %	23,2 %
Kinderklinik	2.968	1.055	24,18 %	43,26 %
Augenklinik	492	65	4,0 %	2,67 %
HNO-Klinik	602	282	4,9 %	11,56 %

1 9 8 3

	abs.		rel.	
Abteilung	Deutsche	Ausländer	Deutsche	Ausländer
Chirurgie	2.716	255	21,45 %	10,68 %
Mediz./Psychosom. Klinik	3.262	251	25,76 %	10,52 %
Frauenklinik	2.976	554	23,5 %	23,2 %
Kinderklinik	2.495	1.025	19,71 %	42,95 %
Augenklinik	637	36	5,03 %	1,51 %
HNO-Klinik	575	266	4,55 %	11,14 %

Tab. 28: Verteilung von Deutschen und Ausländern auf die einzelnen Abteilungen des Städt. Krankenhauses Esslingen 1982/83.
Nach dem Zentralregister des Städt. Krankenhauses Esslingen.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$.

4.1.2 Patientenzahl in den einzelnen Abteilungen

In den Jahren 1982/83 wurden mit durchschnittlich 25,36 % am meisten Patienten in die Kinderklinik aufgenommen. Danach folgten Innere und Psychosomatische Klinik mit durchschnittlich 23,46 %, die Frauenklinik mit 22,27 %, die Chirurgische Klinik mit 19 %, die HNO-Klinik mit 5,8 % und die Augenklinik mit 4,1 % (vgl. Tab. 27).

Vergleichen wir nun die Häufigkeiten der Aufnahmen in die einzelnen Abteilungen unter den Nationalitäten (Deutsche/Ausländer), so läßt sich feststellen (vgl. Tab. 28):

1. Ausländische Kinder wurden signifikant häufiger ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$) in die Kinderklinik stationär aufgenommen als deutsche Kinder.
2. Ausländische Patienten wurden signifikant häufiger ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$) in die HNO-Klinik aufgenommen als deutsche Patienten.
3. Deutsche wurden mit $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$ signifikant häufiger in die Chirurgische Klinik aufgenommen als Ausländer.
4. Deutsche wurden signifikant häufiger ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$) in die Innere Klinik bzw. Psychosomatische Abteilung aufgenommen als Ausländer.
5. Deutsche wurden signifikant häufiger ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$) in die Augenklinik aufgenommen als Ausländer.
6. Hinsichtlich der Aufnahme in die Gynäkologische Abteilung konnte nur 1982 ein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Damals wurden Ausländerinnen mit $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$ signifikant häufiger in die Gynäkologische Abteilung aufgenommen als Deutsche. 1983 konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen der Aufnahme von Deutschen und Ausländerinnen in der Gynäkologie festgestellt werden.

Patientenverteilung im Städt. Krankenhaus in Esslingen 1982/83

	1 9 8 2		1 9 8 3	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
Gesamtbevölkerung	5.851 = 39,75%	8.868 = 61,73%	6.100 = 40,54%	8.948 = 59,46%
Deutsche	4.700 = 38,27%	7.580 = 61,73%	4.968 = 39,24%	7.693 = 60,76%
Ausländer	1.150 = 47,15%	1.289 = 52,85%	1.132 = 47,42%	1.255 = 52,58%

Tab. 29: Absoluter und relativer Anteil von Männern und Frauen an der Gesamtzahl der Patienten, an den deutschen und ausländischen Patienten 1982/83.
Nach dem Zentralregister des Städt. Krankenhauses Esslingen.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$.

Patientenverteilung im Städt. Krankenhaus Esslingen 1982/83

1 9 8 2

Abteilung	DEUTSCHE		AUSLÄNDER		
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Diff.
Chirurgie	1.220=49,74%	1.233=50,26%	161=63,4%	71=30,6%	19,7 %
Med./Psycho.	1.558=48,25%	1.671=51,75%	151=63,18%	88=36,82%	15 %
Frauenklinik		2.536=100%		566=100%	---
Kinderklinik	1.464=49,33%	1.504=50,67%	609=57,73%	446=42,27%	8,4 %
Augenklinik	179=36,38%	313=63,62%	48=73,85%	17=26,15%	37,5 %
HNO-Klinik	279=46,35%	323=53,65%	181=64,18%	101=35,82%	17,8 %

1 9 8 3

Abteilung	DEUTSCHE		AUSLÄNDER		
	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Diff.
Chirurgie	1.430=52,65%	1.286=47,35%	171=67,06%	84=32,94%	14,4 %
Med./Psycho.	1.505=46,14%	1.757=53,86%	154=61,35%	97=38,65%	15,2 %
Frauenklinik		2.976=100%		554=100%	---
Kinderklinik	1.520=60,92%	975=39,08%	620=60,49%	405=39,51%	0,4 %
Augenklinik	249=39,09%	388=60,91%	25=69,44%	11=30,56%	30,35 %
HNO-Klinik	264=45,91%	311=54,09%	162=60,9%	104=39,1%	15 %

Tab. 30: Geschlechterverteilung in den einzelnen Abteilungen des Städt. Krankenhauses Esslingen 1982/83.
Absolute und relative Zahlen, sowie Differenz zwischen deutschen und ausländischen Männern und Frauen in Prozent.
Nach dem Zentralregister des Städt. Krankenhauses Esslingen, Aufnahmearchiv.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$.

4.1.3 Geschlechterverteilung im Städt. Krankenhaus Esslingen

Bei der Geschlechterverteilung der 1982 und 1983 ins Städt. Krankenhaus Esslingen aufgenommenen Patienten fällt auf, daß in beiden Jahren mit einer signifikanten Häufigkeit ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$) mehr ausländische Männer und mehr deutsche Frauen stationär aufgenommen wurden (vgl. Tab. 29).

4.1.4 Geschlechterverteilung in den einzelnen Abteilungen des Städt. Krankenhauses Esslingen

Die Geschlechterverteilung in den einzelnen Abteilungen des Städt. Krankenhauses Esslingen ist dieselbe, wie im Gesamtkrankenhaus: Ausländische Männer finden sich signifikant häufiger ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$) als deutsche Männer im Krankenhaus und deutsche Frauen signifikant häufiger als ausländische Frauen ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$; vgl. Tab. 30).
Eine Ausnahme bildet die Kinderklinik. Dort wurden zwar 1982 signifikant mehr ausländische Jungen und deutsche Mädchen ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$) stationär aufgenommen. 1983 finden sich jedoch keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Geschlechtern (vgl. Tab. 30).

4.1.5 Interpretationsmöglichkeiten der Ergebnisse

1. Erkrankungshäufigkeit von Ausländern

Folgende Thesen sind zur Erklärung des obigen Ergebnisses denkbar:

1. Ausländer erkranken häufiger oder schwerer als Deutsche.
2. Kranke Ausländer gehen zu einem späteren Zeitpunkt zum Arzt oder wenden sich nachts und an Wochenenden gleich direkt an das Krankenhaus oder an den Notarzt.
3. Hausärzte überweisen wegen Verständigungsproblemen Ausländer häufiger ins Krankenhaus als Deutsche.

These 1 läßt sich ohne genauere Erhebungen weder verwerfen noch verifizieren.

Die These 2, daß Ausländer sich später an einen Arzt wenden als Deutsche, erscheint plausibel wegen des Gefühls der Unsicherheit in der Fremde, wegen der Sprachbarriere und wegen des sozialen Unterschieds. Sind sie doch von zuhause gewohnt, von den Ärzten nicht verstanden oder herablassend behandelt zu wer-

den. Auch ist bei Ausländern oft nicht bekannt, inwiefern ihnen eine Behandlung zusteht, da sie die Vorzüge unseres Sozialsystems nicht kennen, und bei ihnen zuhause das Versicherungswesen oft anders organisiert ist (z. B. freiwillige Versicherung etc.).

These 3: Die Verständigungsprobleme mit Ausländern sind enorm. Wenn auch die sprachliche Barriere so ziemlich beseitigt ist, so gibt es dennoch die nur im Laufe langer Jahre - oder bei Patienten der 1. Generation auch gar nicht - überwindbare kulturelle Barriere. Die Diagnosestellung ist für die deutschen Ärzte daher mit enormen Schwierigkeiten belastet, sehr zeitraubend und trotz Dolmetscher in der freien Praxis oft nicht leistbar.

2. Patientenzahl in den einzelnen Abteilungen

A. Bei der Untersuchung zeichnet sich eine hochsignifikante Häufung der Aufnahme von Ausländerkindern in der Kinderklinik ab. Um dieses Ergebnis genauer interpretieren zu können, schließt sich eine genaue Analyse der Patientendaten in der Kinderklinik an (vgl. 4.2). An Interpretationsmöglichkeiten sind denkbar:

1. Ausländerkinder sind häufiger oder schwerer krank als deutsche Kinder.
2. Ausländer gehen mit ihren Kindern später zum Arzt als Deutsche. Das könnte daran liegen, daß die ausländischen Mütter in einem hohen Prozentsatz berufstätig sind, und zwar häufig ganztägig. So ist es nach Zweymüller und Sator (73, S. 182) keine Seltenheit, daß eine Gastarbeiterfrau bereits 8 Monate nach der Entbindung wieder in das Berufsleben einsteigt. Die Kinder kommen daher frühzeitig in Kinderkrippen bzw. Kindergärten. Die Mütter bekommen ihre Kinder folglich erst abends wieder zu Gesicht und wenden sich dann häufig nachts und an Wochenenden eher direkt an das Krankenhaus oder den Notarzt. Dafür spricht nach Collatz, Natzschka, Schwoon (12, S. 40) auch der hochsignifikant schlechtere Aufnahmezustand ausländischer Kinder im Vergleich mit deutschen. Dabei dürfte das verspätete Aufsuchen eines Arztes eine große Rolle spielen, wozu wiederum Informationsmangel und Kommunikationsschwierigkeiten führen. Collatz, Natzschka, Schwoon (12) stellen außerdem fest, daß ein starker Einfluß sozialer Faktoren auf den Zustand bei der Aufnahme ins Krankenhaus besteht, da auch der Zustand deutscher Kinder aus sozial schwächeren Schichten tendenziell schlechter beurteilt wird.
3. Die Annahme eines späteren Ganges von Ausländern zum Arzt führt zur Bestätigung der 3. Hypothese, daß Hausärzte Ausländerkinder wegen des fortgeschrittenen Krankheitsstadiums häufiger ins Krankenhaus überweisen müssen als deutsche Kinder. Außerdem verhindern wirklich Verständigungsschwie-

rigkeiten eine genaue Diagnostik und lassen bei dem kulturell anders erlebten Krankheitsempfinden das Befinden des kranken Kindes oft schlimmer erscheinen, als es in Wirklichkeit ist.

B. Die signifikant häufigere Aufnahme ausländischer Patienten in der HNO-Klinik läßt sich mit der gehäuften Erkrankungsquote an Atemwegserkrankungen und Infekten der oberen Luftwege bei Ausländern erklären, bedingt durch den klimatischen Wechsel. (Ob auch hierbei nicht zusätzlich eine psychische Komponente verantwortlich zu machen ist im Sinne der "unterdrückten Tränen" bei Schnupfen oder des "unterdrückten Schreis" bei Halsschmerzen, Laryngopharingitiden u. ä., sei zunächst einmal dahingestellt, da die vorliegende Literatur darüber nichts Genaueres zu berichten weiß.)

Nach Collatz, Natzschka, Schwoon (12, S. 37) sind ausländische Kinder ungenügend an die klimatischen Verhältnisse Mitteleuropas adaptiert. Sie werden daher häufiger wegen Erkrankungen der Atmungsorgane stationär behandelt als deutsche Kinder und müssen signifikant häufiger wegen Lungenerkrankungen behandelt werden als die nicht schichtstandardisierte deutsche Stichprobe.
Im Vergleich zur schichtstandardisierten Gruppe deutscher Kinder fällt bei der o. g. Untersuchung von Collatz, Natzschka, Schwoon (12, S. 38) auf, daß deutsche Kinder aus der unteren Schicht zwar nicht so häufig wie die Kinder ausländischer Arbeitnehmer, aber doch wesentlich häufiger als deutsche Kinder gehobener Schichten wegen Lungenerkrankungen behandelt werden müssen.
Aus dieser Untersuchung läßt sich also ableiten, daß Lebensumstände und Wohnverhältnisse eine große Rolle spielen bei der Erkrankungshäufigkeit. So liegt die Vermutung nahe, daß die Kinder ausländischer Arbeitnehmer wegen Lungen- und Atemwegserkrankungen häufiger stationär aufgenommen werden müssen, da sie schlechtere Pflegebedingungen im häuslichen Bereich erhalten als deutsche Kinder.

C. Deutsche wurden signifikant häufiger in die Chirurgische Klinik aufgenommen als Ausländer.

Denkbare Hypothesen:

1. Ausländer reagieren weniger sensitiv auf bestimmte Symptome als Deutsche. So stoßen sie sich kulturell bedingt weniger häufig an bestimmten leichteren Mißbildungen als Deutsche. Bei diesem Punkt wäre in einer weiteren Arbeit genauer entsprechend der einzelnen Symptombildungen zu differenzieren.
2. Die Operationsindikation wird bei Ausländern seltener oder später gestellt als bei Deutschen. Welche selektiven Faktoren in diesem Punkt eine aus-

schlaggebende Rolle spielen, bleibt in der vorliegenden Untersuchung letzten Endes offen und wäre Gegenstand weiterer Untersuchungen.

D. Die signifikant häufigere Aufnahme von Deutschen in die Medizinische Abteilung mag ebenfalls durch soziokulturell und psychosozial verschiedene Sensitivität oder unterschiedlich gestellte Aufnahmeindikationen verursacht sein.
Die unterdurchschnittliche Aufnahmehäufigkeit im Vergleich zu Deutschen in die Psychosomatische Abteilung (1982/83 wurden Deutsche signifikant häufiger in die Psychosomatische Abteilung aufgenommen als Ausländer - $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$ -, 1982: Deutsche 109 = 0,89 % und Ausländer 1 = 0,04 %; 1983: Deutsche 142 = 1,12 % und Ausländer 3 = 0,12 %.) mag verursacht sein durch eine geringere Motivation und die Sprachbarriere der Ausländer. Es ist oft äußerst schwierig, Ausländer zur Mitarbeit bei einer psychotherapeutischen Behandlung zu motivieren. Besonders problematisch ist auch die Motivierung ausländischer Eltern zur Mitarbeit bei einer psychotherapeutischen Behandlung ihrer Kinder, da sie oft an einer somatischen Genese der Symptomatik festhalten und meist nicht bereit sind, ihren eher autoritären Erziehungsstil zugunsten eines mehr verständnisvollen aufzugeben.

Beim Durchsehen der Unterlagen in der psychosomatischen Kinderstation fällt auf, daß die Zahl der ambulanten Abbrecher (Kinder, die nach einem oder zwei Vorstellungsgesprächen wegbleiben oder die geplante stationäre Aufnahme nicht antreten) bei ausländischen Kindern besonders groß ist, wahrscheinlich meist aufgrund der mangelnden familiären Motivation.

E. Deutsche wurden 1982/83 signifikant häufiger ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$) in die Augenklinik aufgenommen als Ausländer. Ursache ist wohl auf der einen Seite eine geringere Sensitivität der Ausländer gegenüber Augenkrankheiten, sowie die mangelnde Aufklärung in Bezug auf eine Kostenübernahme von Seiten der Krankenkasse. Ob andererseits bei Ausländern die Operationsindikation enger und später gestellt wird als bei Deutschen, oder Ausländer gar seltener an Erkrankungen des Auges leiden, wäre Gegenstand einer gesonderten Untersuchung.
Eine weitere Erklärung findet sich in der Tatsache, daß die meisten Augenerkrankungen erst in höherem Alter auftreten, die in Deutschland lebenden ausländischen Arbeitnehmer aber vorwiegend im berufstätigen Alter sind und nach der Berentung wieder in ihre Heimat zurückkehren.

F. Die Hauptzahl der in die Frauenklinik stationär aufgenommenen Patientinnen sind Entbindende. Wieso bei der im Vergleich zu deutschen Frauen hohen Repro-

duktionsrate der Ausländerinnen (1976 lag nach Höhn/32, S. 10, die Nettoreproduktionsrate der deutschen Frauen um ein Drittel unter der von Ausländerinnen) die Zahl der stationär in der Gynäkologie aufgenommenen Ausländerinnen die der Deutschen nicht stärker überwiegt, sei dahingestellt.

3. Geschlechterverteilung im Städt. Krankenhaus Esslingen

Zur Erklärung der häufigeren stationären Aufnahme von ausländischen Männern und deutschen Frauen dienen folgende Interpretationsmöglichkeiten:

1. Es leben mehr ausländische Männer als Frauen in Deutschland und daher sind prozentual auch mehr ausländische Männer krank.
2. In Deutschland besteht seit dem 2. Weltkrieg ein Frauenüberschuß.
3. Ausländische Männer sind häufiger krank als deutsche Männer.
4. Deutsche Frauen sind häufiger krank als ausländische Frauen.
5. Bei Ausländern wird aus sozio-kulturellen Gründen stärkeres Gewicht auf Symptomentwicklungen von Männern als von Frauen gelegt. In den südlichen Ländern, aus denen sich die hohe Ausländerquote ja v. a. zusammensetzt, finden wir stark eingewurzelte patriarchale Systeme: Der Mann ist berufstätig, die Frau kümmert sich um Haushalt und Familie; in der Gesellschaft dominiert nach außen hin der Mann, im Haus regiert die hausälteste Frau. So gilt unter den Männern die Betonung "männlichen Verhaltens" nach außen hin als erstrebenswert. Trotz der erwähnten Betonung des "Männlichen", Starken nach außen hin ist eine Regression in die Krankenrolle für die Männer in diesen Ländern leicht möglich.

   Deutschen Männern hingegen fällt eine Regression in die Krankenrolle extrem schwer, wird doch in den westlichen Industrienationen ein aktives, dynamisches, immer junges Idol vergöttert, dem Männer wie Frauen, aber Männer als die vom Geschlecht her üblicher- und überkommenerweise sowieso schon als aktiv Definierten in ganz besonderem Maße, nachzukommen versuchen.
6. Deutsche Frauen werden aus einem inneren "Rollenkonflikt" heraus häufiger krank als Ausländerinnen.

   Ist die Rolle der ausländischen Frau trotz ihrer Berufstätigkeit noch vorwiegend auf das Haus und die Familie ausgerichtet, so muß sich die deutsche Frau viel eher mit veränderten Rollenerwartungen (Mutterrolle und berufstätige Frau) auseinandersetzen. Ältere deutsche Frauen füllen die nach dem Weggehen der Kinder häufig aufkommende Leere auf mit Symptomentwicklungen: Depressionen, Eßsucht usw. Im Gegensatz dazu findet sich, wie schon

erwähnt, bei Ausländerinnen gerade auch in diesem Lebensalter häufig die Entwicklung hysteroider Symptombildungen.
Klassischerweise herrscht bei der deutschen Bevölkerung das Bild des aktiven Mannes und der passiven Frau vor. Dieses tief verwurzelte Vorurteil sozio-psychologischer Art bedingt auch eine entsprechende Reaktion auf Krankheiten: Deutsche Männer neigen zur Bagatellisierung ihrer Erkrankungen, deutsche Frauen entwickeln aufgrund des auf ihnen liegenden Druckes eher Symptome.

Es besteht auch eine Altersabhängigkeit der Erkrankungen. Viele Krankheiten treten erst in höherem Lebensalter auf, so daß Ausländerinnen, die an bestimmten Krankheiten leiden, häufig schon wieder in ihrer Heimat leben und aus diesem Grund statistisch nicht erfaßt werden. Eine Altersschichtung wäre, wie vielfach schon erwähnt, hier angebracht.

Aus der Schwierigkeit heraus, die erwähnten sozio-kulturellen Hypothesen wissenschaftlich untermauern zu können, schließt sich in der Folge eine Analyse der Geschlechterverteilung in den einzelnen Abteilungen an.

4. Geschlechterverteilung in den einzelnen Abteilungen des Städt. Krankenhauses Esslingen

Das Ergebnis der Teiluntersuchung der Geschlechterverteilung bestätigt nochmals die Ergebnisse der Voruntersuchung in 4.1.3. Die in den Interpretationsmöglichkeiten 1 - 6 formulierten Ursachen können in der vorliegenden Untersuchung nicht genauer verifiziert werden. Das sollte Aufgabe einer Nachfolgestudie sein.

Bevölkerungsstatistik der Kinder in Baden-Württemberg, im Landkreis und der Stadt Esslingen

BADEN-WÜRTTEMBERG

Jahr	Zahl der Ausl.-Ki.	Gesamt-Ki.-Zahl	Proz. Anteil der Ausl.-Ki. an der Gesamt-Ki.-Zahl
1981	256.195	1.664.249	15,39 %
1982	249.248	1.600.688	15,57 %
1983	234.477	1.534.542	15,28 %

LANDKREIS ESSLINGEN

Jahr	Zahl der Ausl.-Ki.	Gesamt-Ki.-Zahl	Proz. Anteil der Ausl.-Ki. an der Gesamt-Ki.-Zahl
1981	16.862	83.982	20,08 %
1982	16.233	80.464	20,17 %
1983	15.122	76.247	19,83 %

STADT ESSLINGEN

Jahr	Zahl der Ausl.-Ki.	Gesamt-Ki.-Zahl	Proz. Anteil der Ausl.-Ki. an der Gesamt-Ki.-Zahl
1981	3.863	14.280	27,05 %
1982	3.723	13.493	27,59 %
1983	3.505	12.715	27,57 %

Tab. 31: Prozentualer Anteil der Ausländerkinder an der Gesamtzahl aller Kinder in Baden-Württemberg, im Landkreis und der Stadt Esslingen.

4.2 Krankheitsausprägung und -verhalten von Ausländerkindern - Untersuchung in der Kinderklinik

4.2.1 Anteil der Ausländerkinder an der Gesamtzahl aller Kinder 1981 - 1983

In Baden-Württemberg waren von allen Kindern 1981 - 1983 durchschnittlich etwa 15 % Ausländerkinder. Der Landkreis Esslingen verzeichnete im gleichen Zeitraum rund 20 % Ausländerkinder. In der Stadt Esslingen hatten die Ausländerkinder einen Anteil von ca. 27 % an allen Kindern (vgl. Tab. 31).

Im Vergleich zur durchschnittlichen Prozentzahl an Ausländerkindern in Baden-Württemberg finden sich im Landkreis Esslingen um 5 % mehr Ausländerkinder. Wir haben es also im Landkreis Esslingen mit einer für baden-württembergische Verhältnisse überdurchschnittlich hohen Zahl von Ausländerkindern zu tun.

Nochmals um 7 % höher ist die Zahl der Ausländerkinder in der Stadt Esslingen. Dieses Ergebnis bestätigt das in 3.2 konstatierte Ergebnis, daß Ausländerkinder signifikant häufiger in der Stadt als im Landkreis Esslingen wohnen.

Patientenverteilung in der Kinderklinik des Städtischen Krankenhauses Esslingen 1982/1983

	1 9 8 2	1 9 8 3
Gesamtpatientenzahl	3.461	3.527
Deutsche	2.309 = 66,71 %	2.462 = 69,8 %
Ausländer	1.152 = 33,28 %	1.065 = 30,2 %

Tab. 32: Prozentualer Anteil von deutschen und ausländischen Kindern an der Gesamtpatientenzahl 1982/83.
Nach dem zentralen Aufnahmeregister der Kinderklinik des Städt. Krankenhauses Esslingen.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, q = 3,0902.

	1 9 8 2	1 9 8 3
Ausländerkinder insg.	1.152	1.065
Türken	693 = 60,16 %	556 = 52,2 %
Italiener	185 = 16,06 %	204 = 19,15 %
Griechen	130 = 11,28 %	130 = 12,2 %
Jugoslawen	98 = 8,5 %	128 = 12,02 %
Spanier	21 = 1,82 %	10 = 0,94 %
Andere	25 = 2,17 %	37 = 3,47 %

Tab. 33: Prozentualer Anteil der einzelnen Nationalitäten an der Gesamtzahl der ausländischen Patienten in der Kinderklinik.
Nach dem zentralen Aufnahmeregister der Kinderklinik des Städt. Krankenhauses in Esslingen.

Patientenverteilung in der Kinderklinik des Städtischen Krankenhauses Esslingen 1982/1983

1 9 8 2

Nationalität	Kinder im Einzugsbereich	Kinder im Krankenhaus		Nicht erkrankte Kinder	
		abs.	rel.	abs.	rel.
Deutsche	42.697	2.309	5,4 %	40.388	94,6 %
Ausländer	11.167	1.152	10,3 %	10.015	89,7 %

1 9 8 3

Nationalität	Kinder im Einzugsbereich	Kinder im Krankenhaus		Nicht erkrankte Kinder	
		abs.	rel.	abs.	rel.
Deutsche	40.104	2.462	6,14 %	37.642	93,9 %
Ausländer	10.286	1.065	10,35 %	9.221	89,6 %

Tab. 34: Absoluter und relativer Anteil der 1982 und 1983 in die Kinderklinik des Städt. Krankenhauses Esslingen aufgenommenen deutschen und ausländischen Kinder, bezogen auf die Gesamtkinderzahl im Einzugsbereich.
Nach dem zentralen Aufnahmeregister der Kinderklinik des Städt. Krankenhauses in Esslingen.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: 0,001, q = 3,0902.

Patientenverteilung in der Kinderklinik des Städtischen Krankenhauses Esslingen 1982/1983

1 9 8 2	Rel. Ausländeranteil im Einzugsbereich	Rel. Anteil kranker Ausländerkinder	Differenz
Türken	31,9 %	60,16 %	+ 28,3 %
Italiener	18,4 %	16,06 %	- 2,3 %
Griechen	15,5 %	11,3 %	- 4,22 %
Jugoslawen	18,5 %	8,5 %	- 10 %
Spanier	2,2 %	1,8 %	- 0,4 %
Andere	13,5 %	2,2 %	- 11,33 %

1 9 8 3	Rel. Ausländeranteil im Einzugsbereich	Rel. Anteil kranker Ausländerkinder	Differenz
Türken	32,6 %	52,2 %	+ 19,6 %
Italiener	16,9 %	19,15 %	+ 2,25 %
Griechen	15,4 %	12,2 %	- 3,2 %
Jugoslawen	18,5 %	12,02 %	- 6,5 %
Spanier	2,08 %	0,94 %	- 1,14 %
Andere	14,4 %	3,5 %	- 10, 9 %

Tab. 35: Relativer Anteil der einzelnen Nationalitäten an der Gesamtzahl der Ausländerkinder im Einzugsbereich und in der Kinderklinik.
Vergleich der relativen Häufigkeiten.
Nach dem zentralen Aufnahmeregister der Kinderklinik des Städt. Krankenhauses Esslingen in den Jahren 1982/83.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, q = 3,0902.

4.2.2 Erkrankungshäufigkeit von Ausländerkindern

In den beiden Jahren 1982/1983 wurden in der Kinderklinik durchschnittlich 3.494 Kinder aufgenommen. Davon waren im Schnitt 68,26 % deutscher, 31,74 % ausländischer Nationalität (genaue Zahlen, siehe Tab. 32).

Unter den Nationalitäten der Ausländer machten wieder die Türken mit durchschnittlich 56,18 % den größten Anteil aus. Danach folgten Italiener mit durchschnittlich 17,6 %, Griechen mit 11,74 %, Jugoslawen mit 10,26 %, Spanier mit 1,38 % und Andere mit 2,82 % (genaue Zahlen siehe Tab. 33).

Wurden ausländische Kinder häufiger in die Kinderklinik aufgenommen als deutsche Kinder?

1982 und 1983 wurden ausländische Kinder signifikant ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$) häufiger stationär aufgenommen als deutsche Kinder. 1982 waren es 10,3 % der ausländischen Kinder im Einzugsbereich und nur 5,4 % der deutschen Kinder im Einzugsbereich, die stationär aufgenommen wurden. 1983 wurden 10,35 % der ausländischen und 6,14 % der deutschen Kinder im Einzugsbereich stationär in der Kinderklinik aufgenommen (vgl. Tab. 34).

Vergleichen wir die relativen Anteile der einzelnen Nationalitäten an der Gesamtzahl aller Ausländerkinder im Einzugsbereich und im Kinderkrankenhaus miteinander, so ergibt sich:

Türkische Kinder wurden 1982 und 1983 signifikant ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$) häufiger stationär aufgenommen, als es ihrem Erwartungswert an der Gesamtzahl aller Ausländer im Einzugsbereich entsprochen hätte. Italiener wurden ihrem Erwartungswert entsprechend häufig stationär aufgenommen. Griechen, Jugoslawen und andere Volksgruppen wurden seltener als ihrem Erwartungswert entsprechend stationär aufgenommen. Spanier wurden 1982 ihrem Erwartungswert entsprechend häufig stationär aufgenommen, 1983 seltener als erwartet (vgl. Tab. 35).

Geschlechterverteilung in der Kinderklinik des Städt. Krankenhauses Esslingen 1982/1983

	1982		1983	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Gesamtbevölkerung	2.089=60,39%	1.372=39,64%	2.099=59,51%	1.428=40,49%
Deutsche	1.408=60,98%	901=39,02%	1.442=58,57%	1.020=41,43%
Ausländer	681=59,11%	471=40,88%	657=61,69%	408=38,3%

Tab. 36: Absoluter und relativer Anteil von deutschen und ausländischen Jungen und Mädchen an der Gesamtzahl der Patienten 1982/83.
Nach dem zentralen Aufnahmeregister der Kinderklinik des Städt. Krankenhauses Esslingen.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$.

Altersverteilung in der Kinderklinik des Städt. Krankenhauses Esslingen 1982/83

1 9 8 2

	0 - 3 Jahre	3 - 6 Jahre	6 - 12 Jahre	12 - 16 Jahre
Gesamtpatientenzahl	1.767=51,05%	646=18,66%	785=22,68%	263=7,6%
Deutsche	1.076=46,6%	463=20,05%	550=23,82%	220=9,53%
Ausländer	691=59,98%	183=15,88%	235=20,4%	43=3,73%

1 9 8 3

	0 - 3 Jahre	3 - 6 Jahre	6 - 12 Jahre	12 - 16 Jahre
Gesamtpatientenzahl	1.920=54,44%	571=16,19%	764=21,66%	272=7,71%
Deutsche	1.265=51,38%	421=17,1%	555=22,54%	221=8,98%
Ausländer	655=61,5%	150=14,08%	209=19,62%	51=4,79%

Tab. 37: Altersverteilung von Gesamtpatientenzahl, Deutschen und Ausländern, unterteilt in vier Altersgruppen (0-3-Jährige, 3-6-, 6-12- und 12-16-Jährige) in den Jahren 1982/83.
Nach dem zentralen Aufnahmeregister der Kinderklinik des Städt. Krankenhauses Esslingen.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$.

Liegezeiten der Patienten der Kinderklinik des Städtischen Krankenhauses Esslingen 1982/1983

1 9 8 2

	0 - 10 Tage	10 - 30 Tage	länger als 1 Monat
Gesamtpatientenzahl	2.501 = 72,26 %	806 = 23,29 %	154 = 4,45 %
Deutsche	1.783 = 77,22 %	442 = 19,14 %	84 = 3,64 %
Ausländer	718 = 62,33 %	364 = 31,6 %	70 = 6,08 %

1 9 8 3

	0 - 10 Tage	10 - 30 Tage	länger als 1 Monat
Gesamtpatientenzahl	2.599 = 73,69 %	789 = 22,37 %	139 = 3,94 %
Deutsche	1.909 = 77,54 %	468 = 19,0 %	85 = 3,45 %
Ausländer	690 = 64,79 %	321 = 30,14 %	54 = 5,07 %

Tab. 38: Absoluter und relativer Anteil der Patienten in der Kinderklinik des Städt. Krankenhauses Esslingen, bezogen auf die Liegezeiten der Gesamtpatientenzahl, von deutschen und ausländischen Kindern 1982/1983. Nach dem zentralen Aufnahmeregister der Kinderklinik des Städt. Krankenhauses Esslingen.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$.

4.2.3 Geschlechterverteilung in der Kinderklinik des Städt. Krankenhauses Esslingen

Hinsichtlich der Geschlechterverteilung in der Kinderklinik bestehen 1982 und 1983 keine signifikanten Unterschiede zwischen den deutschen und ausländischen Jungen und Mädchen. 1982 wurden deutsche und ausländische Jungen und Mädchen gleich häufig stationär aufgenommen (vgl. Tab. 36).

4.2.4 Altersverteilung stationär in der Kinderklinik aufgenommener deutscher und ausländischer Kinder

In der Altersgruppe der 0-3-Jährigen überwiegen in beiden Jahren 1982 und 1983 signifikant ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$) die Ausländer (vgl. Tab. 37).

In den Altersgruppen der 3-6- und 6-12-Jährigen besteht kein signifikanter Unterschied zwischen deutschen und ausländischen Kindern (vgl. Tab. 37).

In der Altersgruppe der 12-16-Jährigen überwiegen signifikant ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$) die deutschen Kinder (vgl. Tab. 37).

4.2.5 Liegezeit stationärer deutscher und ausländischer Kinder

Deutsche Kinder hatten in den Jahren 1982/1983 signifikant häufiger eine Liegezeit von 0 - 10 Tagen als ausländische Kinder ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$; vgl. Tab. 38).

In der Gruppe zwischen 10 und 30 Tagen überwogen signifikant die ausländischen Kinder ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$; vgl. Tab. 38).

Bei der Gruppe der Patienten, die mehr als einen Monat Liegezeit hatten, ergaben sich keine signifikanten Unterschiede ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$) zwischen den Nationalitäten (vgl. Tab. 38).

Aufteilung der Patienten der Kinderklinik des Städt. Krankenhauses Esslingen in Diagnosegruppen

1 9 8 2

	Lunge Atemtrakt	Gastroint. Urogenit.	ZNS,Neuro-log,Psycho	Rheuma,Inf. Exsikkose	Intox.,Ver-brenng.
Gesamtpa-tientenzahl	335=9,68%	518=14,97%	300=8,67%	285=8,23%	161=4,65%
Deutsche	189=8,18%	288=12,47%	212=9,18%	145=6,28%	115=4,98%
Ausländer	146=12,67%	230=19,97%	88=7,64%	140=12,15%	46=3,99%

	Stoffw. Haut	Tumoren, Blut	Unklar	Frühgeb., Totgeb.	Chirurgie
Gesamtpa-tientenzahl	74=2,14%	64=1,85%	323=9,33%	166=4,8%	1.235=35,68%
Deutsche	46=1,99%	40=1,73%	219=9,48%	113=4,89%	942=40,8%
Ausländer	28=2,43%	24=2,08%	104=9,03%	53=4,6%	293=25,43%

1 9 8 3

	Lunge, Atemtrakt	Gastroint. Urogenit.	ZNS,Neuro-log,Psycho	Rheuma,Inf. Exsikkose	Intox.,Ver-brenng.
Gesamtpa-tientenzahl	419=11,88%	560=15,88%	296=8,39%	303=8,59%	118=3,34%
Deutsche	264=10,72%	360=14,62%	211=8,54%	175=7,11%	81=3,29%
Ausländer	155=14,55%	200=18,78%	85=7,98%	128=12,02%	37=3,47%

	Stoffw., Haut	Tumoren, Blut	Unklar	Frühgeb., Totgeb.	Chirurgie
Gesamtpa-tientenzahl	86=2,44%	51=1,45%	302=8,56%	133=3,77%	1.259=35,7%
Deutsche	55=2,23%	24=0,97%	218=8,85%	100=4,06%	974=39,56%
Ausländer	31=2,91%	27=2,54%	84=7,89%	33=4%	285=29,29%

Tab. 39: Absoluter und relativer Anteil von Gesamtpatientenzahl, deutschen und ausländischen Kindern in der Kinderklinik des Städt. Krankenhauses Esslingen an einzelnen Krankheitsdiagnosen 1982/83.
Nach dem zentralen Aufnahmeregister der Kinderklinik des Städt. Krankenhauses Esslingen.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$.

4.2.6 Vergleich der Krankheitsdiagnosen zwischen deutschen und ausländischen Kindern

Insgesamt wurde in folgende Krankheitsgruppen aufgeteilt:

1. Chirurgische Patienten in durchschnittlich 35,7 % (vgl. Tab. 39).
2. Krankheiten des Gastrointestinaltrakts und Affektionen des Urogenitales mitsamt den Psychosomatischen Krankheiten, die sich auf Magen-Darm- oder Harn-Geschlechtsorgane beziehen in durchschnittlich 15,4 % (vgl. Tab. 39).
3. Lungen- und Atemwegserkrankungen in durchschnittlich 10,8 % (vgl. Tab. 39).
4. Neurologische Erkrankungen, Krankheiten des Zentralen Nervensystems und Psychotische Erkrankungen in durchschnittlich 8,5 % (vgl. Tab. 39).
5. Rheumatische Erkrankungen, Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Ruhr, Typhus, Hepatitis), Exsikkose in durchschnittlich 8,4 % (vgl. Tab. 39).
6. Früh- und Totgeburten in durchschnittlich 4,3 % (vgl. Tab. 39).
7. Intoxikationen, Vergiftungen in durchschnittlich 4 % (vgl. Tab. 39).
8. Stoffwechsel- und Hautkrankheiten in durchschnittlich 2,3 % (vgl. Tab. 39).
9. Malignome und Krankheiten des Blutes, sowie des lymphatischen Systems in durchschnittlich 1,65 % (vgl. Tab. 39).
10. Unklare Diagnosen in durchschnittlich 8,9 % (vgl. Tab. 39).

Ergebnisse beim Vergleich zwischen deutschen und ausländischen Kindern

1. Stationäre Ausländerkinder leiden signifikant häufiger an Lungen- und Atemwegserkrankungen als deutsche Kinder ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$; vgl. Tab. 39).
2. Ausländerkinder im Krankenhaus litten in den beiden Jahren 1982/83 signifikant häufiger an Krankheiten des Gastrointestinaltrakts oder Urogenitales (z. B. Gastroenteritis, Diarrhoe, Obstipation, Affektionen des harnableitenden Systems, einschließlich der psychosomatischen Manifestationen, die sich auf besagte Organsysteme beziehen; $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$; vgl. Tab. 39).
3. Ausländerkinder erkrankten in den untersuchten Jahren signifikant häufiger an rheumatischen Krankheiten (rheumatisches Fieber, Endokarditis), an Exsikkose und Infektionskrankheiten (Infektionen der Lunge, wie Pneumonien, und des Urogenitales, wie Zystopyelitiden oder Glomerulonephritiden ausgenommen) als deutsche Kinder ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$; vgl. Tab. 39).

4. Deutsche Kinder wurden in beiden Jahren signifikant häufiger in die chirurgische Abteilung des Städt. Krankenhauses Esslingen aufgenommen als ausländische Kinder ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$; vgl. Tab. 39).

5. Keine signifikanten Unterschiede zwischen Ausländerkindern und deutschen Kindern ergaben sich in folgenden Diagnosegruppen:
   a) ZNS- und neurologische Erkrankungen, psychotische Erkrankungen.
   b) Intoxikationen, Vergiftungen, Verbrennungen, Verbrühungen.
   c) Früh- und Totgeburten.
   d) Unklare Diagnosen (vgl. Tab. 39).

6. Bei den beiden Diagnosegruppen:
   a) Stoffwechsel- (Gicht, Diabetes mellitus) und Hautkrankheiten
   b) Malignome, Bluterkrankungen
   fanden sich im Jahr 1982 signifikante Unterschiede ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$) zwischen Ausländerkindern und deutschen Kindern. Und zwar fanden sich beide Krankheiten gehäuft bei Ausländerkindern. 1983 ließen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Kindern feststellen (vgl. Tab. 39).

4.2.7 Interpretationsmöglichkeiten der Ergebnisse

1. Erkrankungshäufigkeit von Ausländerkindern

1982 und 1983 wurden ausländische Kinder signifikant häufiger stationär aufgenommen als deutsche Kinder. Denkbare Interpretationsmöglichkeiten:

1. Ausländische Kinder sind häufiger oder schwerer krank als deutsche Kinder.

2. Ausländische Eltern wenden sich aus Mangel an Aufklärung oder aus Mangel an Zeit (oft arbeiten die Mütter ausländischer Kinder ganztags) zu einem späteren Zeitpunkt an den Arzt oder gehen nachts und an Wochenenden gleich direkt ins Krankenhaus oder zum Notarzt.

3. Hausärzte überweisen wegen Verständigungsproblemen oder wegen verspäteter Aufsuche des Arztes und infolgedessen einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium oder auch aus Unsicherheit über das anamnetisch schwerer feststellbare tatsächliche Krankheitsstadium Ausländerkinder häufiger ins Krankenhaus als deutsche Kinder.

Zur Diskussion der drei Hypothesen siehe 4.1.5/1.

2. Alterverteilung stationär in der Kinderklinik aufgenommener deutscher und ausländischer Kinder

A. Jüngere ausländische Kinder (0-3 Jahre) haben ein höheres Risiko, stationär in ein Krankenhaus aufgenommen zu werden. Ursache dafür können sein die schlechteren Lebens- und Wohnverhältnisse oder eine schlechtere Pflege von Ausländerkindern wegen der im Vergleich zu deutschen Müttern häufigeren Berufstätigkeit ausländischer Mütter.

B. Bei den Jahrgängen zwischen 3 und 12 Jahren bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen der Häufigkeit deutscher und ausländischer Kinder.

C. In der Altersgruppe der 12-16-Jährigen überwiegen die deutschen Kinder:
   1. Die in Deutschland geborenen ausländischen Kinder haben noch nicht diese Altersgruppe erreicht. Die in der Heimat geborenen ausländischen Kinder dieser Altersgruppe leben noch in ihrer Heimat bei Verwandten oder bleiben für immer dort.
   2. Ältere ausländische Kinder haben ein geringeres Risiko, stationär in ein Krankenhaus aufgenommen zu werden.

3. Liegezeit stationärer deutscher und ausländischer Kinder

1. Die unterschiedlichen Verteilungen bei den Liegezeiten mögen Hinweise geben auf die Schwere der Erkrankung. Das würde bedeuten: Ausländerkinder erkranken schwerer als deutsche Kinder und müssen daher signifikant länger stationär bleiben als deutsche Kinder.

2. Eine wahrscheinlich weit größere Rolle für die Dauer der Liegezeit spielen häusliche Pflegebedingungen. Deutsche Mütter stehen meist nicht in einem Arbeitsprozeß und können ihre Kinder daher früher wieder nach Hause holen. Bei den ausländischen Kindern finden sich weitaus schlechtere Pflegebedingungen. Die Mütter sind meist ganztags arbeitstätig. Ältere Geschwister übernehmen die Pflege der Jüngeren und sind oft weitgehend überfordert.
   So müssen ausländische Kinder aus sozialen Gründen bei gleicher Diagnose und Erkrankungsschwere länger als deutsche Kinder im Krankenhaus ausharren, was wiederum die Gefahr von Hospitalisierungsschäden vergrößert.

3. Bei Liegezeiten über einem Monat ergeben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Kindern mehr. Die Zahl der Kinder, die länger als einen Monat stationär bleiben müssen, ist sowieso gering. Insgesamt sind es 4,45 % (absolut: 154) aller Kinder 1982 und 3,94 % (absolut: 139) aller Kinder 1983 (vgl. Tab. 38). Bei so geringen Fallzahlen sind

die gewonnenen statistischen Aussagen im Falle der Patienten mit einer Liegezeit über einem Monat sowieso nur mit allergrößter Sorgfalt zu interpretieren. Abschließend kann gesagt werden: Nur durchschnittlich 4,2 % aller Kinder machen so schwere Krankheiten durch, die eine Liegezeit von über einem Monat erfordern.

4. Vergleich der Krankheitsdiagnosen zwischen deutschen und ausländischen Kindern

1. Ausländerkinder leiden wegen der ungenügenden Adaption an die klimatischen Verhältnisse Mitteleuropas gehäuft an Lungen- und Atemwegserkrankungen. Zusätzlich spielen schlechte Wohn-, Lebens- und Pflegeverhältnisse eine Rolle bei der hohen Incidenz von Ausländerkindern an Atemwegserkrankungen.

2. Durchfallerkrankungen und Gastroenteritiden finden wir bei Ausländerkindern ebenfalls wegen der schlechten Lebens- und Wohnbedingungen, wie auch aus kulturellen Gewohnheiten (Hygiene, Wasserverbrauch) häufiger als bei deutschen Kindern. Bei ausländischen Kindern finden sich gehäuft Hinweise auf eine quantitative Fehlernährung (meist zuviel Kohlenhydrate), oft auch auf eine Überfütterung. Ursächlich daran beteiligt sein mögen falsche Vorstellungen über eine angemessene Babyernährung sowie Sprachschwierigkeiten.

3. Die signifikant höhere Incidenz an Infektionskrankheiten, Exsikkose und rheumatischen Erkrankungen mag wiederum verursacht sein durch den Klima- und Ernährungswechsel im Falle der Infektionskrankheiten und durch mangelnde Pflege oder durch Verständigungsprobleme verursachte Pflegefehler im Falle der Exsikkose. Die höhere Incidenz an rheumatischen Erkrankungen spielt unter dieser Rubrik wohl die geringste Rolle.

4. Die signifikant höhere stationäre Aufnahme von deutschen Kindern in die Chirurgische Abteilung bedürfte zur genaueren Analyse einer weiteren Aufgliederung in Diagnosegruppen. So kann pauschal nur festgestellt werden, daß deutsche Kinder im Vergleich zu ausländischen ein höheres Risiko haben, in der chirurgischen Abteilung aufgenommen zu werden. Dieses Ergebnis steht im Gegensatz zu der Untersuchung von Angerpointner und Hecker (2, S. 67 - 72), die feststellen, daß Ausländerkinder ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung entsprechend häufig stationär chirurgisch behandelt werden, also nicht unterrepräsentiert sind.

Hypothesen zur Erklärung

1. Deutsche Kinder erkranken häufiger oder schwerer als ausländische Kinder und müssen daher gehäuft stationär chirurgisch aufgenommen werden.

2. Die Indikation zur stationären chirurgischen Aufnahme wird bei deutschen Kindern schneller oder häufiger gestellt als bei ausländischen Kindern.
   Um diese Aussage genauer zu verifizieren, müßten die Operationsindikationen bei deutschen und ausländischen Kindern vergleichend untersucht werden. So bleiben viele Fragen offen:
   Beruht die Häufung deutscher Kinder in der Chirurgie auf häufigeren Operationen wegen Fehlbildungen bei deutschen Kindern, vielleicht aufgrund einer größeren Toleranz ausländischer Eltern oder aufgrund einer mangelhaften Information über Operationsmöglichkeiten?
   Oder erleiden deutsche Kinder häufiger Unfälle und Traumen, Verbrennungen und Verbrühungen als ausländische Kinder?
   Angerpointner und Hecker (2, S. 69/70) zeigen bei ihrer Untersuchung das Gegenteil: Kinder ausländischer Arbeitnehmer erleiden häufiger als deutsche Kinder Unfälle und Traumen, Verbrennungen und Verbrühungen, die stationär behandlungsbedürftig sind.
   Zur gehäuften Unfallincidenz von Ausländerkindern führt die Schwierigkeit, sich in einer fremden Umgebung zurecht zu finden, zusammen mit mangelnder Pflege (oft werden Ausländerkinder von älteren Geschwistern betreut) und der generellen Verunsicherung, unter der Ausländer in der Fremde zu leiden haben und die sich auf die Kinder überträgt.

3. Im Städt. Krankenhaus Esslingen fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen der Erkrankung deutscher und ausländischer Kinder an Intoxikationen, Frühgeburten, ZNS-, neurologischen und psychotischen Erkrankungen und unklaren Diagnosen bei beiden Gruppen.
   Die Säuglingssterblichkeit, wie vor allem auch die Rate an Früh- und Totgeburten ist bei nichtehelichen Kindern sowohl deutscher wie auch ausländischer Eltern eindeutig erhöht. Die Rate unehelicher Säuglinge unter den Ausländern ist im allgemeinen niedrig. So beträgt die Quote der Nichtehelichen bei den Ausländern 5,8 %, bei den Deutschen 7,5 % (57, S. 18).
   Mit diesen Zahlen ist wohl die niedrige Säuglingssterblichkeit, Früh- und Totgeburtenrate bei jungen Müttern ausländischer Kinder zu erklären, da die jungen Ausländerinnen meist schon verheiratet sind, wenn sie ihr erstes Kind zur Welt bringen.

Interessant erscheint auch der nicht vorhandene Unterschied in der Zahl der wegen Intoxikationen behandelten deutschen und ausländischen Kinder, der wiederum unserer Theorie der nicht vorhandenen Fürsorge der Ausländer für ihre Kinder widersprechen dürfte. Etliche Studien zeigen sogar eine seltenere Häufigkeit von Medizinal- und anderen Vergiftungen bei Kindern ausländischer Arbeitnehmer (57, S. 20), die im Laufe der Jahre in Deutschland eher zunimmt und sich deutschen Verhältnissen anpaßt, da die ausländischen Arbeitnehmer im Laufe ihres Aufenthaltes zunehmend Medikamente in ihren Arzneimittelschränkchen verfügbar haben, was vor ihrer Zeit in Deutschland noch nicht der Fall war.

4. 1982 fanden sich die Diagnosen Stoffwechsel- und Hautkrankheiten bzw. Malignome und Bluterkrankungen signifikant häufiger bei ausländischen als bei deutschen Kindern. 1983 lassen sich diese Unterschiede nicht mehr verifizieren, so daß der Unterschied im Jahr 1982 nicht mehr reproduzierbar und damit nicht deutbar erscheint.

4.3 Psychosomatische Krankheitsausprägung bei Ausländerkindern - Untersuchung in der psychosomatischen Abteilung der Kinderklinik

4.3.1 Psychosomatik - Kinderpsychosomatik

Die Wortherkunft aus dem Griechischen (psyche = Hauch, Atem, Seele; soma = Körper, Leib) weist schon den Weg für die Definition der psychosomatischen Medizin, die hier in mehreren Ansätzen umrissen werden soll. Beschreibend können wir feststellen:

Psychosomatische Medizin ist eine Betrachtungsweise, die bei Krankheiten und ihrer Behandlung somatische und psychosoziale Bedingungen in gleicher Weise berücksichtigt. Die psychosomatische Betrachtungsweise von Krankheiten geht davon aus, daß manche Krankheiten vom Somatischen genügend diagnostisch und therapeutisch erfaßt werden können, bei den meisten Krankheiten aber die psychosozialen Momente in der Diagnostik und Therapie eine zentrale Bedeutung besitzen. Somit wäre Psychosomatik nicht als Spezialfach zu betrachten, sondern eine psychosomatische Betrachtungsweise wäre ein Bestandteil jeglicher ärztlichen Diagnostik und Therapie.

Leider entwickelte sich aber die psychosomatische Medizin im Zuge der raschen Entwicklung und Differenzierung der Medizin ebenso wie die naturwissenschaft-

liche Medizin eher zu einem Spezialfach, womit sich auch die Entwicklung spezieller psychosomatischer Abteilungen und Kliniken erklären läßt. Trotz dieser Entwicklung bleibt das Wissen um die psychosomatische Betrachtungsweise, die Rolle des Krankheitserlebens bei der Auslösung und dem Verlauf von Krankheiten für jeden Arzt bedeutsam.

Man spricht speziell von psychosomatischen Krankheiten in drei verschiedenen Zusammenhängen, wenn auch alle Krankheiten als psychosomatisch oder somatopsychosomatisch zu bezeichnen sind:

1. Im engeren Sinne des Wortes bezeichnet man als psychosomatische Krankheitsbilder solche, bei denen sichtbare organische oder zumindest funktionelle Veränderungen, die den Stellenwert von Symptomen haben, in ihrer Entstehung und Behandlung entscheidend durch die Psyche des Kranken bestimmt sind. E. Alexander und die amerikanischen Psychosomatiker haben vor allem folgende Krankheitsbilder als "psychosomatische Krankheiten" bezeichnet: Formen von peptischen Geschwüren, Kolitis, Bronchialasthma, essentielle Hypertonie, Ekzem, Thyreotoxikose, rheumatoide Arthritis.

2. Zu einer weiteren Fassung des Begriffes psychosomatischer Krankheiten kommt man, wenn auch körperliche Beschwerdebilder ohne organisches Substrat einbezogen werden. Sehr häufig handelt es sich um Äquivalente intensiver Gefühlszustände: Begleiterscheinungen von Ängsten wie Herzjagen und Atemenge oder von Verstimmungen mit Druck auf die Brust, Spannungen im Kopf etc. Auch konflikthaft besetzte Vorstellungen, wie sexuelle Phantasien, Affekte und Ärger oder Schuld können intensive körperliche Spannungs- und Schmerzzustände hervorrufen, vor allem wenn man ihre Bewußtwerdung unterdrückt, wenn sie abgewehrt werden. Diese Somatisierungen werden als "psychogen", "funktionell", "hypochondrisch" oder häufig als "vegetative Störungen" bezeichnet. Der Hinweis auf das vegetative Nervensystem bietet jedoch keine Erklärung.

3. Den psychosomatischen Wirkungen stehen nicht weniger bedeutsam somatopsychische Einflüsse gegenüber. Die normalen und krankhaft gesteigerten seelischen Reaktionen auf körperliche Leiden, auf chronische Krankheitszustände, auf Unfälle und auf die verschiedensten Formen ärztlicher Eingriffe sind ein wichtiges Forschungs- und Betätigungsfeld der psychosomatischen Medizin geworden.

Kinderpsychosomatik

Die Einteilung der speziell psychosomatischen Krankheitsbilder in der Kinderheilkunde erfolgt in Anlehnung an die oben aufgezeichnete Einteilung der Krankheitsbilder in der Psychosomatik:

1. Bei einigen Krankheitsbildern finden sich für die Krankheit spezifische Funktionsstörungen mit histopathologischen und pathophysiologischen Befunden und damit alle Anzeichen einer körperlichen Erkrankung. Beispiele hierfür sind die in Punkt 1 der Psychosomatik-Abhandlung erwähnten psychosomatischen Krankheitsbilder im engeren Sinne. Bei den Kindern finden wir hier vor allem die Krankheitsbilder Asthma bronchiale, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn und Neurodermitis.

2. Störungen ohne somatische Befunde ausschließlich als Funktionsstörungen ohne greifbares pathophysiologisches Substrat (siehe auch Punkt 2 der Psychosomatik-Abhandlung). Bei den Kindern sind das vor allem folgende Krankheitsbilder: Einschlafstörungen, Depressive Störungen, manche Formen des Einnässens und Einkotens, psychogene Lähmungen, bei denen das neuromuskuläre Organsystem völlig intakt ist, alle Schmerzsyndrome ohne pathomorphologisches Substrat (z. B. Bauchschmerzen), psychosomatische Ausdruckssyndrome für körperliche und seelische Spannungszustände oder Äquivalente intensiver Gefühlszustände.

3. Krankheitsbilder, bei denen es nach einem Initialstadium zu körperlichen Veränderungen kommt, die dem Krankheitsablauf eine Eigengesetzlichkeit geben. Beispiele: Fettsucht (nachgewiesen), Pubertätsmagersucht (angenommen).

Darüberhinaus finden wir in der psychosomatischen Kinderabteilung in Esslingen auch eigentlich psychiatrische Krankheitsbilder, wie Depressionen, Verhaltens-, Konzentrations-, Sprachstörungen, Legasthenie, Pubertätskrisen, Suizidversuche und hysteroide Syndrome.

Patientenverteilung in der psychosomatischen Kinderabteilung 1980 - 1983

	Stationäre Patienten 1980 - 1983	Ambulante Patienten 1980 - 1983
Gesamtpatientenzahl	96	181
Deutsche	78 = 81,25 %	147 = 81,21 %
Ausländer	18 = 18,75 %	34 = 18,78 %

Tab. 40: Absoluter und relativer Anteil von Deutschen und Ausländern an der Gesamtpatientenzahl stationärer wie ambulanter Patienten 1980 - 1983.
Nach dem Aufnahmebuch der psychosomatischen Kinderabteilung sowie den Unterlagen der einzelnen Therapeuten über die stationären und ambulanten Patienten.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$.

	Stationäre Patienten 1980 - 1983	Ambulante Patienten 1980 - 1983
Ausländer insg.	18	34
Türken	8 = 44,44 %	13 = 38,23 %
Italiener	4 = 22,22 %	7 = 20,59 %
Griechen	3 = 16,66 %	4 = 11,76 %
Jugoslawen	2 = 5,55 %	4 = 11,76 %

Tab. 41: Prozentualer Anteil der verschiedenen Nationalitäten an der Gesamtzahl ausländischer Patienten 1980 - 1983.
Nach dem Aufnahmebuch der psychosomatischen Kinderabteilung, sowie den Unterlagen der einzelnen Therapeuten über stationäre und ambulante Patienten.

Patientenverteilung in der psychosomatischen Kinderabteilung 1980 - 1983

	Rel. Anteil der Ausländerkinder im Einzugsber.	Rel. Anteil kranker stat. Ausländerkinder	Rel. Anteil kranker amb. Ausländerkinder	Differenz stat.	amb.
Türken	32,3 %	44,4 %	38,2 %	+12,2%	+6%
Italiener	17,7 %	22,2 %	20,6 %	+4,6%	+3%
Griechen	15,5 %	16,7 %	11,8 %	+1,2%	-3,7%
Jugoslawen	18,5 %	11,1 %	17,7 %	+7,4%	+0,8%
Andere	8,05 %	5,6 %	11,8 %	+2,5%	+3,8%

Tab. 42: Relativer Anteil der einzelnen Nationalitäten an der Gesamtzahl der Ausländerkinder im Einzugsbereich und in der psychosomatischen Kinderabteilung.
Vergleich der relativen Häufigkeiten
Nach dem Aufnahmebuch der psychosomatischen Kinderabteilung sowie den Unterlagen der einzelnen Therapeuten über stationäre und ambulante Patienten.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$.

4.3.2 Erkrankungshäufigkeit von Ausländerkindern an psychosomatischen Krankheiten

Die psychosomatische Station in der Kinderklinik besteht seit 1979 und hat eine Bettenkapazität von 12 Plan- und 9 Istbetten. Zur Betreuung der Kinder stehen 1 Ärztin, 2 Kinder- und Jugendtherapeutinnen, 2 Erzieherinnen, 3 Schwestern und 1 Zivildienstleistender zur Verfügung. Außerdem gibt es noch eine halbe Psychologenstelle. Ab 1. Januar 1986 wird die Bettenzahl auf 20 Betten aufgestockt, wodurch sich die psychosomatische Schwerpunktstation zu einer psychosomatischen Kinderabteilung ausweiten wird.
Die psychosomatische Abteilung der Kinderklinik arbeitet eng mit der psychosomatischen Abteilung zusammen, ist gleichzeitig aber auch, bedingt durch die räumliche Lage weit weg von der psychosomatischen Abteilung in der Kinderklinik, eng an die Kinderklinik assoziiert.

In den Jahren 1980 - 1983 waren insgesamt 96 Kinder stationär in der psychosomatischen Kinderabteilung, davon 78 (81,25 %) deutsche und 18 (18,75 %) ausländische Kinder (vgl. Tab. 40). Von den Ausländerkindern waren 8 türkischer (44,4 %), 4 italienischer (22,2 %), 3 griechischer (16,7 %), 2 jugoslawischer (11,1 %) und 1 Kind (5,6 %) äthiopischer Nationalität (vgl. Tab. 41). Deutsche Kinder waren folglich signifikant häufiger stationär in der psychosomatischen Kinderabteilung als Ausländerkinder ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$; vgl. Tab. 40).

Vergleichen wir die relativen Anteile der einzelnen Nationalitäten an der Gesamtheit aller Ausländerkinder im Einzugsbereich und in der psychosomatischen Kinderabteilung miteinander, so stellen wir fest, daß Türken, Italiener, Griechen, Jugoslawen und andere Nationalitäten ihrem Erwartungswert entsprechend in der psychosomatischen Kinderabteilung stationär aufgenommen wurden (vgl. Tab. 42).

Ambulanz der psychosomatischen Kinderabteilung:

Dort wurden 1980 - 1983 181 Kinder ambulant von den Therapeuten untersucht. Davon waren 147 (81,21 %) Kinder deutscher Nationalität und 34 (18,78 %) Kinder ausländischer Nationalität (vgl. Tab. 40). Unter den Ausländern waren 13 Kinder türkischer Nationalität (38,2 %), 7 italienischer (20,6 %), 4 griechischer (11,8 %), 6 jugoslawischer und 4 Kinder anderer Nationalität (11,8 %; vgl. Tab. 41).
Auch unter den ambulant untersuchten Kindern dominierten folglich signifikant ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$) die deutschen Kinder (vgl. Tab. 40).

Geschlechterverteilung in der psychosomatischen Kinderabteilung 1980 - 1983

	Stat. 1980-83		Amb. 1980-83	
	Jungen	Mädchen	Jungen	Mädchen
Gesamtpatientenzahl	41 = 42,7 %	55 = 57,29 %	94 = 51,93 %	87 = 48,07 %
Deutsche	30 = 38,46 %	48 = 61,54 %	82 = 55,78 %	65 = 44,22 %
Ausländer	11 = 61,11 %	7 = 38,89 %	12 = 35,29 %	22 = 64,7 %

Tab. 43: Absoluter und relativer Anteil von Jungen und Mädchen an der Gesamtzahl der Patienten, an den deutschen und ausländischen Patienten 1980 - 1983, jeweils stationäre und ambulante Patienten.
Nach dem zentralen Aufnahmebuch der psychosomatischen Kinderabteilung sowie den Unterlagen der einzelnen Therapeuten über ambulante und stationäre Patienten.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$.

Altersverteilung in der psychosomatischen Kinderabteilung 1980 - 1983

	Stat. und amb. Pat.		
	0 - 6 Jahre	6 - 12 Jahre	12 - 18 Jahre
Gesamtpatientenzahl	22 = 8,3 %	161 = 58,12 %	93 = 33,57 %
Deutsche	19 = 8,44 %	130 = 57,78 %	76 = 33,78 %
Ausländer	4 = 7,69 %	31 = 59,61 %	17 = 32,69 %

Tab. 44: Altersverteilung von Gesamtpatientenzahl, Deutschen und Ausländern (stat. und amb. Pat. 1980 - 1983).
Nach dem Aufnahmebuch der psychosomatischen Kinderabteilung sowie den Unterlagen der einzelnen Therapeuten über stat. und amb. Patienten.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$.

4.3.3 Geschlechterverteilung in der psychosomatischen Kinderabteilung

Bei den stationären Aufnahmen 1980 - 1983 überwiegen mit 61,1 % (11 Kinder) signifikant ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$) die ausländischen Jungen gegenüber den deutschen (38,46 %, 30 Jungen; vgl. Tab. 43).
Unter den Mädchen waren die deutschen mit 61,5 % (48 Mädchen) signifikant ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$) häufiger stationär als die ausländischen Mädchen (38,9 %, 7 Mädchen; vgl. Tab. 43)

Dieses Ergebnis entspricht dem bereits im Gesamtkrankenhaus festgestellten Ergebnis einer signifikant häufigeren stationären Aufnahme ausländischer Männer und deutscher Frauen im Krankenhaus insgesamt, aber auch in den einzelnen Abteilungen (vgl. 4.1.3 und 4.1.4).

Unter den ambulanten Patienten ergeben sich ganz andere Ergebnisse: Mit 55,8 % (82 Jungen) wurden deutsche Jungen signifikant ($\alpha \geq 0{,}001$), $q = 3{,}0902$) häufiger ambulant behandelt als ausländische Jungen (35,3 %, 12 Jungen; vgl. Tab. 43).
Ausländische Mädchen wurden mit 64,7 % (22 Mädchen) signifikant häufiger ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$) ambulant behandelt als deutsche Mädchen (44,2 %, 65 Mädchen).

4.3.4 Altersverteilung der Patienten in der psychosomatischen Kinderabteilung

In der Altersverteilung bestehen keine signifikanten Unterschiede zwischen Ausländerkindern und deutschen Kindern. Es läßt sich nur eine Häufung aller Patienten in der Altersgruppe von 6 - 12 Jahren mit 58,12 % feststellen. Danach folgt die Gruppe der 12 - 18-Jährigen mit 33,57 %. Die kleinste Gruppe machen die 0 - 6-Jährigen aus mit 8,3 %. Unterteilt man noch in die Gruppe der 0 - 3-Jährigen, so zeigt sich, daß in dieser Altersgruppe nur 1 Kind behandelt wurde (vgl. Tab. 44).

Liegezeiten stationärer deutscher und ausländischer Patienten in der psychosomatischen Kinderabteilung des Städt. Krankenhauses Esslingen

	Stationäre Patienten		
	Bis 1 Monat	Bis 3 Monate	Mehr als 3 Monate
Gesamtpatientenzahl	20 = 20,83 %	58 = 60,42 %	18 = 18,75 %
Deutsche	16 = 20,51 %	45 = 57,69 %	17 = 21,79 %
Ausländer	4 = 22,22 %	13 = 72,22 %	1 = 5,55 %

	1 Monat bis über 3 Monate
Gesamtpatientenzahl	76 = 79,17 %
Deutsche	62 = 79,49 %
Ausländer	14 = 77,78 %

Tab. 45: Liegezeiten der Gesamtpatientenzahl, von deutschen und ausländischen stationären Patienten in der psychosomatischen Kinderabteilung 1980 - 1983, stationäre Patienten.
Nach dem Aufnahmebuch der psychosomatischen Kinderabteilung sowie den Unterlagen der einzelnen Therapeuten über die stationären und ambulanten Patienten.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$.

Diagnosenverteilung unter den stat. und amb. Patienten der psychosomatischen Abteilung

Stat. und amb. Patienten

	Enuresis, Enkopresis	Depress., Adipos., Magersucht	Magen- u. Darmerkrank.	Angstneurot. Syndrome
Gesamtpatientenzahl	74 = 26 %	69 = 25 %	17 = 6 %	24 = 9 %
Deutsche	55 = 24 %	53 = 24 %	13 = 6 %	21 = 9 %
Ausländer	19 = 37 %	16 = 31 %	4 = 8 %	3 = 6 %

	Asthma und Hautekzem	Tics, Sprachstörg., Legast.	Schwere Verhalt.-Störg.	Schmerzsyndrome
Gesamtpatientenzahl	13 = 5 %	16 = 6 %	35 = 13 %	16 = 6 %
Deutsche	12 = 5 %	47 = 21 %		15 = 7 %
Ausländer	1 = 2 %	4 = 8 %		1 = 2 %

	Übertragungsneurosen, Pubertätskrisen, Suizidversuche
Gesamtpatientenzahl	13 = 5 %
Deutsche	9 = 4 %
Ausländer	4 = 8 %

Tab. 46: Absoluter und relativer Anteil von Gesamtpatienten, deutschen und ausländischen Patienten der psychosomatischen Kinderabteilung 1980 - 1983 (stat. und amb. Patienten) an den einzelnen Diagnosegruppen.
Nach dem Aufnahmebuch der psychosomatischen Kinderabteilung sowie den Unterlagen der einzelnen Therapeuten über die stationären und ambulanten Patienten.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$.

4.3.5 Liegezeit der deutschen und ausländischen stationären Patienten in der psychosomatischen Kinderabteilung

Hinsichtlich der Liegezeit deutscher und ausländischer stationärer Patienten bestehen keine signifikanten Unterschiede.
Weniger als 1 Monat waren nur 20,83 % der Kinder stationär. Die Mehrzahl der Kinder (79,17 %) war über 1 Monat stationär; einen über dreimonatigen stationären Aufenthalt hatten davon nur 18,75 % der Kinder, während 1 bis 3 Monate stationären Aufenthalt 60,42 % der Patienten hatten (vgl. Tab. 45).

Die mittlere Behandlungsdauer in der Psychosomatik beträgt nach Strauß (67, S. 37) $\bar{x}_P$ = 70,32 Tage, beim depressiven Syndrom $\bar{x}_D$ = 92,18 Tage. In der psychosomatischen Kinderabteilung haben wir 1980 - 1983 eine mittlere Behandlungsdauer von 2 - 3 Monaten, je nach Diagnose.

4.3.6 Vergleich der Krankheitsdiagnosen zwischen deutschen und ausländischen Kindern in der psychosomatischen Kinderabteilung

Im Vergleich der Verteilung der Krankheitsdiagnosen zwischen deutschen und ausländischen Kindern finden sich keine signifikanten Unterschiede. Insgesamt finden sich folgende Verteilungen (vgl. Tab. 46):

1. Enuresis nocturna/diurna, Enkopresis in 26,7 %, darunter meist 3 - 8-Jährige, häufiger Jungen.
2. Depressivität, Adipositas, Magersucht in 24,9 %, darunter meist 9 - 14-Jährige, oft Mädchen.
3. Schwere Verhaltensstörungen in 12,63 %.
4. Angstneurotische Syndrome in 8,7 %.
5. Magen- und Darmerkrankungen in 6,14 %.
6. Tics, Sprachstörungen, Legasthenie in 5,8 %, meist im Alter von 7 - 9 Jahren.
7. Schmerzsyndrome in 5,8 %, meist bei Mädchen im (vor-)pubertären Alter.
8. Asthma und Hautekzeme in 4,7 %.
9. Übertragungsneurosen, Pubertätskrisen, Suizidversuche in 4,7 %, meist bei Mädchen im Alter von 9 - 16 Jahren.

Die Diagnosegruppen 6 (Tics, Sprachstörungen, Legasthenie) und 9 (Pubertätskrisen, Suizidversuche, Übertragungsneurosen) sind keine psychosomatischen Erkrankungen, sondern psychiatrische Krankheitsbilder, die allerdings in der psychosomatischen Kinderabteilung in Esslingen einer stationären psychotherapeutischen Behandlung zugeführt wurden.

Diagnosenverteilung unter den verschiedenen Volksgruppen der stationären und ambulanten Patienten der psychosomatischen Kinderabteilung

	1	2	3	4	5	6	7	8	Gesamt
Türken	5	8		3	1	1	1	2	21
Italiener	4	4	2			1			11
Griechen	3	1	1			1		1	7
Jugoslawen	4	3						1	8
Spanier	1								1
Andere	2		1			1			4
Gesamt	19	16	4	3	1	4	1	4	52

Tab. 47: Absoluter Anteil der verschiedenen Volksgruppen an den einzelnen Diagnosegruppen in der psychosomatischen Kinderabteilung 1980 - 1983 (stat. und amb. Patienten).
Nach dem Aufnahmebuch der psychosomatischen Kinderabteilung sowie den Unterlagen der einzelnen Therapeuten über die stationären und ambulanten Patienten.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$.

Geschlechterverteilung unter den verschiedenen Volksgruppen der stationären und ambulanten Patienten der psychosomatischen Kinderabteilung

	1		2		3		4		5		6		7		8		
	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	m	f	Ges.
Türken	2	3	5	3			1	2		1		1		1		2	21
Italiener	1	3	2	2		2						1					11
Griechen	3			1	1							1				1	7
Jugoslawen	2	2	1	2												1	8
Spanier	1																1
Andere	2*				1**						1***						4
Gesamt	11	8	8	8	2	2	1	2		1	1	3		1		4	52

* Darunter 1 Äthiopier und 1 Südafrikaner
** Darunter 1 Libanese
*** Darunter 1 Franzose

Tab. 48: Absoluter Anteil der Jungen und Mädchen der verschiedenen Volksgruppen an den einzelnen Diagnosegruppen in der psychosomatischen Kinderabteilung 1980 - 1983 (stationäre und ambulante Patienten).
Nach dem Aufnahmebuch der psychosomatischen Kinderabteilung sowie den Unterlagen der einzelnen Therapeuten über die stationären und ambulanten Patienten.
Kontingenztafel, stat. Signifikanztest: $\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$.

4.3.7 Diagnosen- und Geschlechterverteilung unter den verschiedenen Volksgruppen der stat. und amb. Patienten der psychosomatischen Kinderabteilung

Die verschiedenen Volksgruppen fanden sich auf die einzelnen Diagnosegruppen wie folgt verteilt (vgl. Tab. 47 und 48):

1. Enuresis nocturna et diurna, Enkopresis bei 19 Ausländerkindern (11 Jungen und 8 Mädchen), darunter bei 5 türkischen Kindern (2 Jungen, 3 Mädchen), 4 italienischen Kindern (1 Junge, 3 Mädchen), 3 griechischen Kindern (alle Jungen), 4 jugoslawischen Kindern (2 Jungen, 2 Mädchen), 1 spanischen Jungen und bei je 1 äthiopischen und südafrikanischen Jungen.
2. Depression, Adipositas, Magersucht bei 16 Ausländerkindern (8 Jungen, 8 Mädchen), darunter bei 8 türkischen Kindern (5 Jungen, 3 Mädchen), 4 italienischen Kindern (2 Jungen, 2 Mädchen), 1 griechischen Mädchen und 3 jugoslawischen Kindern (1 Junge, 2 Mädchen).
3. Magen- und Darmerkrankungen bei 4 Ausländerkindern (2 Jungen, 2 Mädchen), darunter bei 2 italienischen Mädchen, 1 griechischen Jungen und 1 libanesischen Jungen.
4. Angstneurotische Syndrome bei 3 türkischen Kindern (1 Junge, 2 Mädchen).
5. Asthma, Hautekzeme bei 1 türkischen Mädchen.
6. Verhaltensstörungen bei 4 ausländischen Kindern (1 Junge, 3 Mädchen), darunter 1 türkisches Mädchen, 1 italienisches Mädchen, 1 griechisches Mädchen, 1 französischer Junge.
7. Schmerzsyndrome bei 1 türkischen Mädchen.
8. Übertragungsneurosen, Pubertätskrisen, Suizidversuche bei 4 ausländischen Kindern (alle Mädchen), darunter bei 2 türkischen, 1 griechischen und 1 jugoslawischen Mädchen.

4.3.8 Interpretationsmöglichkeiten der Ergebnisse

1. Erkrankungshäufigkeit von Ausländerkindern an psychosomatischen Krankheiten

Deutsche Kinder waren in den Jahren 1982 und 1983 signifikant häufiger stationär in der Kinderpsychosomatik als ausländische Kinder. Bei den Ausländern sind Verständigungsprobleme und ein ausschließlich somatisches Krankheitsbewußtsein für die mangelnde Motivation zu einer Psychotherapie verantwortlich zu machen.

2. Geschlechterverteilung in der psychosomatischen Kinderabteilung

Unter den stationären Patienten in der psychosomatischen Kinderabteilung ergab sich dasselbe Ergebnis wie unter den erwachsenen Patienten im Gesamtkrankenhaus und auch wie in der Untersuchung hinsichtlich der einzelnen Abteilungen: Ausländische Männer und deutsche Frauen bzw. ausländische Jungen und deutsche Mädchen wurden häufiger stationär aufgenommen. Hinsichtlich der Jungen/Männer könnte das bedeuten, daß Ausländer den Krankheitserscheinungen von Jungen/Männern mehr Gewicht beimessen als den Krankheitserscheinungen von Frauen, gehen wir von einer prinzipiell erst einmal gleichen Erkrankungswahrscheinlichkeit von Männern und Frauen aus.
Bei den Deutschen scheint das umgekehrt zu sein: Den Krankheitserscheinungen der Mädchen/Frauen wird mehr Wert beigemessen oder aber, sie dürfen eher krank machen, während die Jungen/Männer länger ihrem Bild des "starken Mannes" gerecht werden müssen.

Bei den ambulanten Patienten in der psychosomatischen Kinderabteilung, wie auch bei allen Patienten der Kinderklinik, findet sich ein anderes Untersuchungsergebnis: 1982 und 1983 wurden in der Kinderklinik deutsche und ausländische Kinder gleich häufig stationär aufgenommen. 1980 - 1983 wurden in der psychosomatischen Kinderabteilung deutsche Jungen und ausländische Mädchen häufiger ambulant behandelt. Eine Ursache für diese Umkehrung des vorgenannten Ergebnisses ist mir nicht bekannt.

3. Altersverteilung der Patienten in der psychosomatischen Kinderabteilung

Hinsichtlich der Altersverteilung wurde eine Häufung in den älteren Jahrgängen (6 - 12 und 12 - 18 Jahre) festgestellt. Dieses Ergebnis ist nicht verwunderlich, sind Kinder doch erst ab etwa 3 Jahren einer ausführlicheren Therapie zugänglich, und sollte es doch bis zu diesem Alter, wie eigentlich auch später noch, vordringlichstes Ziel einer Therapie sein, bei dem Verhalten der Eltern anzusetzen und deren Verhalten zu ändern.

Als Vorausschau zur Aufteilung in Diagnosen:
Die 3 - 6-jährigen Kinder wurden mehrheitlich mit der Diagnose oder Problemstellung Enuresis nocturna et diurna oder Enkopresis ins Krankenhaus eingeliefert, die über 12-jährigen meist mit Pubertätsproblemen, Suizidproblematik, Eßsucht oder depressivem Symptomkreis im weiteren Sinne.

4. Diagnosen- und Geschlechterverteilung unter den verschiedenen Volksgruppen der stat. und amb. Patienten der psychosomatischen Kinderabteilung

Da die Population zu klein für eine statistische Erhebung war, beschränkte ich mich hier auf eine Aufstellung der absoluten Zahlen. Auch auf einen statistischen Vergleich der einzelnen Volksgruppen mußte aufgrund der zu geringen Fallzahlen verzichtet werden. Trotzdem sollen einige herausragende Daten im folgenden zusammengestellt werden:

1. Die Enuresis nocturna et diurna und die Enkopresis finden sich gleichmäßig verteilt über alle Volksgruppen nach ihren einzelnen Anteilen als häufigste Diagnosegruppe. Auffällig ist, daß sie bei Jungen häufiger vorkommt als bei Mädchen.
2. Als zweithäufigste Gruppe finden sich: Depressivität, Adipositas, Obstipation, ebenfalls gleichmäßig verteilt über alle Volksgruppen, jedoch gleich häufig bei Jungen und Mädchen.
3. Die dritte Gruppe (Gastritis, Colitis, Durchfälle, psychosomatische Bauchschmerzen) verteilt sich gleichmäßig auf die Geschlechter und die Nationalitäten.
4. Auffälligerweise finden sich Ängste nur bei türkischen Kindern, darunter bei 2 Mädchen und 1 Jungen.
5. Verhaltensstörungen finden sich gleichmäßig verteilt über die Volksgruppen, mehr bei Mädchen (3), als bei Jungen (1).
6. Die letzte Diagnosegruppe (Pubertätskrise, Suizidversuche, Übertragungsneurosen) findet sich nur bei Mädchen, gleichmäßig verteilt über alle Nationalitäten.

5. Vergleich der Untersuchungsergebnisse mit Ergebnissen anderer Arbeiten

5.1 Krankheitsausprägung und -verhalten von Ausländern

5.1.1 Erkrankungshäufigkeit von Ausländern

Die verschiedenen Ergebnisse bei der Untersuchung der Erkrankungshäufigkeit ausländischer Arbeitnehmer wurden in 2.5 schon diskutiert: auf der einen Seite Collatz/Schmoll (13, S. 451) mit einem Anstieg der Erkrankungsrate bei ausländischen Arbeitnehmern im Vergleich zu den deutschen Versicherten vor 1973, auf der anderen Seite Frießem/Malhotra mit einer um 0,06 % niedrigeren Erkrankungsrate der Ausländer (24, S. 12 - 20 und 43, S. 203) gegenüber der Gesamtbevölkerung. In der vorliegenden Untersuchung wurde die Erkrankungshäufigkeit von Ausländern gegenüber der Gesamtbevölkerung in den Jahren 1979 - 1983 im Ortsbereich Esslingen und in der Bundesrepublik Deutschland einander gegenüber gestellt (vgl. Tab. 9; nach Angaben der AOK Esslingen).
Daraus gehen eindeutig höhere Erkrankungsraten der Ausländer im Ortsbereich Esslingen und in der Bundesrepublik Deutschland hervor - und zwar in allen untersuchten Jahrgängen.

Auch die vorliegende Studie mit ihren um 1,5 % (1982) und 1,4 % (1983) höheren Aufnahmen von Ausländern im Vergleich zu Deutschen (vgl. Tab. 24) weist in dieselbe Richtung.

5.2 Krankheitsausprägung und -verhalten von Ausländerkindern

5.2.1 Häufigkeit der Krankenhauseinweisung

In der vorliegenden Untersuchung wurden ausländische Kinder signifikant um durchschnittlich 4,6 % häufiger (vgl. Tab. 33) stationär in der Kinderklinik aufgenommen als deutsche Kinder ($\alpha \geq 0{,}001$, $q = 3{,}0902$).

Auch Collatz, Natzschka, Schwoon (12, S. 35/36) kommen zu dem Ergebnis, daß ausländische Kinder, bezogen auf die Wohnbevölkerung, häufiger als erwartet, stationär in den Hannoverschen Krankenanstalten aufgenommen werden mußten: 1973 um 3 %, 1974 um 1,9 % und 1975 um 1,1 % häufiger (12, S. 36).

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommen Olbing, Gockeln, Kerstan, Koslowski (47, S. 55/56) in der Universitätsklinik Essen: Von 100 in Essen lebenden Kindern betreuten sie 1,58 stationär, von 100 ausländischen Kindern dagegen 3,54. Somit wurden Kinder ausländischer Arbeitnehmer im Durchschnitt doppelt so häufig eingewiesen wie Kinder deutscher Arbeitnehmer.

Das ähnlich statistisch signifikante Ergebnis in zwei anderen Studien in Hannover und Essen verleiht dem Ergebnis der vorliegenden Studie besonderen Nachdruck.

In allen Untersuchungen über die Reihenfolge der Häufigkeit der einzelnen Ausländergruppen dominierten zahlenmäßig in den letzten Jahren die Türken. Jugoslawen, Italiener, Griechen nehmen in von Untersuchung zu Untersuchung oder von Ortsbereich zu Ortsbereich verschiedener Reihenfolge den 2., 3. oder 4. Rang ein. Danach folgen Spanier, Österreicher und andere (vgl. z. B. 12, S. 36 oder 32, S. 12 - 14).

5.2.2 Altersverteilung

Auch in der Universitäts-Kinderklinik in Essen überwogen 1975 unter den stationären Aufnahmen die jüngeren Jahrgänge der Ausländerkinder bei weitem die jüngeren Jahrgänge deutscher Kinder (47, S. 56). Bei den älteren Jahrgängen fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Kindern in der Häufigkeit ihrer Klinikeinweisung. Als mögliche Ursache dafür lassen die Autoren die Tatsache gelten, daß viele Ausländerfamilien ihre schulpflichtigen Kinder in die Heimat zurückschicken, damit sie dort die Schule besuchen und mit dem Kulturgut ihres Vaterlandes vertraut werden können.

Für die häufigere Krankenhauseinweisung ausländischer Säuglinge werden ungünstige Lebensverhältnisse, vor allem aber die beengten Wohnverhältnisse verantwortlich gemacht. Gleichzeitig liegt die Vermutung nahe, daß Säuglinge aus Ausländerfamilien bei gleich schwerer Erkrankung eher stationär in die Klinik eingewiesen werden als deutsche. Ausländern fällt es besonders schwer, außerhalb der normalen Dienstzeiten einen niedergelassenen Arzt zu erreichen. Sie gehen dann vorwiegend nachts und an Wochenenden unmittelbar mit ihrem kranken Säugling in die Klinik.

Möglich erscheint auch, daß manche Ärzte bei gleich schwerer Erkrankung einen ausländischen Säugling eher stationär einweisen als einen deutschen, weil sei bei den Verständigungsschwierigkeiten nie ganz sicher sein können, ob die gegebenen Anweisungen auch vollständig verstanden wurden (47, S. 56 und 12, S. 41).

5.2.3 Liegezeit

Auch nach Collatz, Natzschka, Schwoon (12, S. 43) war die Verweildauer in der Hannoverschen Kinderheilanstalt bei ausländischen Kindern im Durchschnitt am längsten (22,9 Tage) und auch bei der nach Sozialschicht parallelisierten Gruppe deutscher Kinder im Durchschnitt signifikant länger (18,1 Tage), als bei der mit Kindern aus höheren Sozialschichten besetzten deutschen Stichprobe mit 16,4 Aufenthaltstagen. Dabei wurde in dieser Studie die Verweildauer hauptsächlich durch die Art der Erkrankung und den Zustand bei der Einlieferung erklärt. Weiterhin spielte die Zugehörigkeit zur unteren Sozialschicht eine ausschlaggebende Rolle für die Verweildauer.

Mädchen lagen länger als Jungen im Krankenhaus, jüngere Kinder waren länger stationär als ältere Kinder. Im Münchner Kinderkrankenhaus an der Lachnerstraße ergab sich kein Unterschied zwischen der Liegezeit der deutschen und ausländischen Kinder (66, S. 200).

5.2.4 Krankheitsdiagnosen

1. Atemwegserkrankungen

In der Hannoverschen Kinderheilanstalt erkrankten 1973 ausländische Kinder signifikant häufiger an Atemwegserkrankungen als deutsche Kinder ($p<0,01$). Bei ihnen wurden besonders häufiger "Angina tonsillaris", "grippaler Infekt des Nasenrachenraumes" und "obstruktive Bronchitis" diagnostiziert (12, S. 37/38). Ursächlich sollen die ungenügende Adaption an die klimatischen Verhältnisse Mitteleuropas sowie die schlechteren Pflegebedingungen im häuslichen Bereich sein.

Im Kinderkrankenhaus an der Lachnerstraße in München wurde 1977 bei 38,33 % der untersuchten "Gastarbeitersäuglinge" und bei 54,36 % der untersuchten "Gastarbeiterkleinkinder" die Diagnose "Erkrankung des Respirationstrakts" gestellt (56, S. 51).

Auch in der Universitäts-Kinderklinik in Essen waren 1975 Pneumonien unter ausländischen stationären Patienten erheblich häufiger als unter deutschen (47, S. 57/58). So wurde bei 2,9 % aller Deutschen und bei 4,3 % aller Ausländer eine Pneumonie diagnostiziert.

Im Münchner Kinderkrankenhaus an der Lachnerstraße litten 1977 in einer anderen Untersuchung 22,9 % der eingelieferten Kinder an Infekten der oberen und 15,2 % an Infekten der unteren Luftwege (66, S. 199).

Nach Malhotra (43, S. 204/205 und 42, S. 1241/1242) wurde 1972/73 und 1975 von einer großen Anzahl von im Raum Duisburg/Velbert/Wuppertal/Düsseldorf praktizierenden Ärzten eine größere Anfälligkeit von Gastarbeiterkindern für Erkältungskrankheiten, Bronchitiden und Lungenentzündungen festgestellt. Die Ursache liege in der falschen Bekleidung der Kinder. Die aus wärmeren Gegenden stammenden übervorsichtigen Eltern kleideten ihre Kinder viel zu dick und zu warm.

2. Gastrointestinalerkrankungen

In der Hannoverschen Kinderheilanstalt wurden 1973 signifikant häufiger ($p < 0{,}001$) Gastarbeiterkinder wegen Durchfallerkrankungen eingeliefert als deutsche Kinder (von den deutschen Kindern erkrankten 14,3 % an Diarrhoe, von den Ausländerkindern 19,7 %; 12, S. 38).
Im Kinderkrankenhaus an der Lachnerstraße in München wurden bei 32,2 % der "Gastarbeitersäuglinge" und bei 17,4 % der ausländischen Kleinkinder Erkrankungen des Verdauungstrakts diagnostiziert (56, S. 51).
In der Universitätskinderklinik in Essen konnte keine höhere Häufigkeit von Enteritiden bei Gastarbeiterkindern festgestellt werden (Deutsche: 6,8 % und Ausländer: 7,2 %; 47, S. 57/58). Ursache sei die höhere Stillfrequenz bei ausländischen Säuglingen.
1977 wurde in der Münchner Kinderklinik an der Lachnerstraße bei 20,4 % der ausländischen Kinder die Diagnose Verdauungsstörungen gestellt (66, S. 199/200). Nach Malhotra (1972/73; 43, S. 204/205) handelte es sich bei den meisten der wegen Ernährungsstörungen eingelieferten Kinder um Säuglinge bis zum Alter von 4 Monaten. Die Ursache liege nach Meinung der befragten Ärzte in der mangelnden und unhygienisch zubereiteten Nahrung.

3. Infektionskrankheiten

In der Hannoverschen Kinderheilanstalt waren Infektionskrankheiten bei ausländischen Kindern signifikant häufiger ($p < 0{,}05$) als bei deutschen Kindern (deutsche Kinder erkrankten in 3,5 %, ausländische Kinder in 6 % an Infektionskrankheiten / 12, S. 39). Ausländische Kinder schienen häufiger an Hepatitis zu erkranken. Auch die Diagnose Wurmerkrankungen wurde signifikant häufiger ($p < 0{,}05$) bei ausländischen Kindern gefunden.
Auch Scheppe stellt 1977 im Kinderkrankenhaus an der Lachnerstraße in München bei ausländischen Kindern in 11,8 % die Diagnose Wurmerkrankungen fest (56, S. 51). 2,6 % ausländischer Kleinkinder waren an Tuberkulose erkrankt. Über Hepatitiden und andere Infektionskrankheiten findet sich bei ihm keine Aussage.

In der Universitätsklinik in Essen wurde mit 7,2 % bei Ausländern und 6,8 % bei Deutschen signifikant häufiger bei Ausländerkindern die Diagnose "Infektionskrankheiten" gestellt (47, S. 57/58). Besonders häufig war bei Ausländerkindern die Diagnose Hepatitis B.

1977 wurden in die Münchner Kinderklinik an der Lachnerstraße nur 16 Kinder mit Infektionskrankheiten als Einweisungsdiagnose eingeliefert (= 4 %; 66, S. 199/200). Bei den meisten handelte es sich dabei um die "üblichen Kinderkrankheiten", wie Masern, Windpocken usw. Nur zwei Kinder ausländischer Arbeitnehmer waren an Tuberkulose erkrankt, eines an einer Hepatitis epidemica. Bei 5,5 % der Kinder ausländischer Arbeitnehmer wurde ein Wurmbefall festgestellt. Meist handelte es sich dabei um Askariden.

Nach Hoffmann (1978; 34, S. 571 - 578) konnten bei 42 % der türkischen Kinder in einem Kindergarten Oxyuren nachgewiesen werden. Der Befall deutscher Kinder mit Oxyuren lag bei 6,7 %.

4. Krankheiten des Urogenitale, Kardiologie, Endokrinologie

Im Kinderkrankenhaus an der Lachnerstraße in München wurden 1977 (56, S. 51) bei 1,7 % der "Gastarbeitersäuglinge" Erkrankungen des Urogenitaltraktes festgestellt und bei 9,7 % der ausländischen Kleinkinder. 1977 wurde von Stickl und Wohlgemuth eine Häufigkeit von 4,7 % Nieren- und Harnwegserkrankungen bei ausländischen Kindern festgestellt (66, S. 199).

In der Universitätskinderklinik in Essen nahm die Zahl der in die Spezialabteilungen Endokrinologie, Kardiologie und Nephrologie eingewiesenen Kinder unter den deutschen Patienten absolut und relativ von 1965 auf 1975, also innerhalb von 10 Jahren, auf ungefähr das Doppelte zu (von 1965: 11 % auf 23 % 1975). Im Vergleich hierzu war der relative Anteil von in diese Spezialabteilungen eingewiesenen ausländischen Kindern an der Gesamtzahl stationärer ausländischer Patienten erheblich geringer (1965: 6 %, 1975: 16 %; 47, S. 58).

Daß endokrinologische, kardiologische und nephrologische Krankheiten bei Kindern ausländischer Arbeitnehmer seltener auftreten als bei deutschen, ist sehr unwahrscheinlich. Die zum Verdacht auf eine derartige Krankheit führenden Symptome sind jedoch oft diskret. Nicht selten werden sie bei den Vorsorgeuntersuchungen zufällig erfaßt oder ergeben sich erst nach mehrmaliger Vorstellung beim Arzt. Ausländische Kinder mit Hinweisen auf endokrinologische, kardiologische oder nephrologische Krankheiten scheinen seltener erkannt zu werden als deutsche.

5. Chirurgie

In der Hannoverschen Kinderheilanstalt zeigt sich 1973 eine signifikant ($p < 0,05$) größere Unfallhäufigkeit bei den ausländischen Kindern im Vergleich zu den deutschen (12, S. 37). Während deutsche Kinder in 6,2 % wegen Unfällen in die Hannoversche Kinderheilanstalt aufgenommen wurden, war das bei den Ausländerkindern in 9,5 % der Fall. Ausländische Kinder schienen auch schwerer zu verunglücken als deutsche. Verletzungen und Schädelbrüche waren bei ihnen häufiger zu finden, andere Unfallarten jedoch waren nicht unterschiedlich zu deutschen Kindern verteilt. Türkische Kinder waren im Trend häufiger verunglückt als Kinder anderer Nationen. Eine weitere Analyse zeigte, daß den ausländischen Kindern Unfälle zu gleichen Teilen im Haushalt, wie im Straßenverkehr zustoßen. Ausländerkinder wurden in Hannover signifikant weniger häufig ($p < 0,01$) an Leistenbrüchen operiert als deutsche Kinder (12, S. 39). Ob ausländische Eltern weniger sensitiv reagieren oder andere selektive Faktoren eine Rolle spielen, z. B. das Arztverhalten, blieb offen.

Angerpointner und Hecker (2, S. 63 - 71) kommen bei ihrer Untersuchung in der Kinderchirurgie in München (1970 - 1977) zu folgenden, zum Teil der vorliegenden Studie widersprechenden Ergebnissen:

1. Ambulanter Bereich:

1. Kinder ausländischer Arbeitnehmer kommen parallel zu ihrem Zuwachs in München in die chirurgische Ambulanz.
2. Kinder ausländischer Arbeitnehmer haben häufiger Unfälle als deutsche Kinder.
3. Kinder ausländischer Arbeitnehmer haben einen überproportionalen Anteil an Abszessen.
4. Kinder ausländischer Arbeitnehmer haben einen überhöhten Anteil an Wunden, die operativ versorgt werden müssen.
5. Der Anteil der Kinder ausländischer Arbeitnehmer an Circumcisionen entspricht ihrem Anteil an der Gesamtkinderzahl.
6. Kinder ausländischer Arbeitnehmer haben einen eindeutig zu hohen Anteil an Nagelextraktionen, die wegen Panaritien oder Fingerquetschungen vorgenommen werden mußten.
7. Kinder ausländischer Arbeitnehmer wurden ihrem Erwartungsbereich entsprechend mit kleineren operativen Eingriffen oder der Behandlung kleiner Verletzungen, mit Beratungen oder Impfungen usw. versorgt.

2. Stationärer Bereich:

1. Kinder ausländischer Arbeitnehmer wurden ihrem Anteil an der Gesamtkinderzahl entsprechend häufig stationär behandelt - im Gegensatz zum Ergebnis der vorliegenden Studie.
2. Kinder ausländischer Arbeitnehmer wurden ihrem Anteil an der Gesamtkinderzahl entsprechend häufig operiert.
3. Kinder ausländischer Arbeitnehmer haben ihrem Anteil an der Gesamtkinderzahl entsprechend häufig Fehlbildungen.
4. Kinder ausländischer Arbeitnehmer haben ihrem Anteil an der Gesamtkinderzahl entsprechend häufig maligne Tumoren.
   - In der vorliegenden Studie fanden sich 1982 gehäuft Malignome bei Ausländerkindern. 1983 war der Anteil bei deutschen und ausländischen Kindern gleich hoch.
5. Kinder ausländischer Arbeitnehmer erlitten häufiger als deutsche Kinder Unfälle und Traumen, die stationär behandelt werden mußten. (Damit kommen Angerpointner, Hecker zu einem ähnlichen Ergebnis wie Collatz, Natzschka, Schwoon / 12, S. 37).
6. Kinder ausländischer Arbeitnehmer erlitten eindeutig häufiger als deutsche Kinder Verbrennungen und Verbrühungen.
   - Im Gegensatz dazu steht das Ergebnis der hier vorliegenden Studie, in der Intoxikationen, Verbrennungen und Verbrühungen bei deutschen und ausländischen Kindern gleich häufig vorkamen.
   - Auch in der Universitätskinderklinik in Essen (47, S. 59), wo in den Jahren 1965 und 1970 kein einziges ausländisches Kind mit einer akzidentellen Vergiftung eingewiesen wurde, war ab 1970 der prozentuale Anteil der Ausländerkinder mit Arzneimittelvergiftungen an der Gesamtzahl ausländischer Patienten nicht mehr signifikant geringer als der prozentuale Anteil bei deutschen Kindern. Ursache dafür sei nach Meinung der Autoren der Einzug von Arzneimitteln in die Küchen und Wohnzimmer ausländischer Eltern mit Kleinkindern und der damit verbundene Anstieg an Vergiftungen.
   - Nach einer altersstandardisierten Untersuchung in Düsseldorf (die Untersuchung von Angerpointner und Hecker ist nicht altersstandardisiert) kommen Medizinal- und andere Vergiftungen bei Kindern ausländischer Arbeitnehmer außerordentlich selten vor (57, S. 20).

6. Andere Krankheiten

In den Hannoverschen Krankenanstalten (12, S. 39) traten folgende Krankheiten nicht häufiger bei Ausländerkindern auf, wie eigentlich nach einschlägiger Lite-

ratur (49, S. 322 - 328) und 68, S. 81 - 84) zu erwarten gewesen wäre: Tuberkulose, Neugeborenenerkrankungen, Frühgeburtlichkeit, Rachitis oder andere Mangelerkrankungen.

Scheppe findet 1977 im Kinderkrankenhaus in München an der Lachnerstraße bei 1 % der Gastarbeitersäuglinge ZNS-Erkrankungen und bei 6,2 % der ausländischen Kleinkinder. Hauterkrankungen fanden sich bei 5,6 % der ausländischen Säuglinge und bei 5,1 % der Kleinkinder, Bluterkrankungen bei 6,2 % der ausländischen Kleinkinder (56, S. 51). Vergleichswerte zu den deutschen Kindern liegen bei dieser Untersuchung nicht vor.

1977 stellten Stickl und Wohlgemuth folgende Erkrankungen im Münchner Kinderkrankenhaus an der Lachnerstraße fest (66, S. 199):

1. Neurologische Krankheiten in 2,7 %, Fieberkrämpfe in 7,2 %.
2. Hautkrankheiten in 7,2 %.
3. Blutkrankheiten in 2,7 %.

Hepatosplenomegalien werden häufig bei ausländischen Kindern ohne weitere pathologische Befunde gefunden.

5.3 Psychosomatische Abteilung

5.3.1 Krankheitsdiagnosen

Im Kinderkrankenhaus an der Lachnerstraße in München (56, S. 51) wurde 1977 hinsichtlich psychosomatischer Störungen festgestellt:
Selten fanden sich bei Ausländerkindern Verhaltensstörungen, besonders selten waren Eßneuropathien. Adipositas wurde ebenfalls kaum registriert. Häufig wurde beobachtet, daß Kinder aus den Heimatländern ihrer Eltern mit schweren Leiden heredogenerativer oder chronischer Natur eigens in die Bundesrepublik Deutschland gebracht werden, weil man sich hier Heilung erhofft.

In einer anderen Untersuchung von Stickl, Wohlgemuth in demselben Jahr wurden Verhaltensstörungen bei Ausländerkindern in 1,7 % beobachtet (66, S. 199).

6. Zusammenfassung und abschließende Darstellung

6.1 Zusammenfassung

Die in der vorliegenden Studie festgestellten Ergebnisse lauten:

1. Ausländer wurden signifikant häufiger in die Städt. Krankenanstalten Esslingen aufgenommen als Deutsche und Ausländerkinder signifikant häufiger in die Kinderklinik als deutsche Kinder. In die psychosomatische Kinderabteilung wurden signifikant mehr deutsche Kinder aufgenommen als Ausländerkinder. Auch unter den ambulant untersuchten Kindern überwogen signifikant die deutschen.

2. Der Großteil der aufgenommenen Ausländer und Ausländerkinder kommt aus der Stadt Esslingen. Es ist also ein Stadt-Land-Gefälle der ausländischen Bevölkerung festzustellen.

3. Anteilmäßig machten die Türken den weitaus größten Anteil der Ausländer aus (z. T. über 50 %). Danach folgten in wechselnder Reihenfolge: Jugoslawen, Italiener und Griechen, zuletzt Spanier und andere.

4. Türken wurden in beiden untersuchten Jahren häufiger stationär im Städt. Krankenhaus Esslingen sowie in der Kinderklinik aufgenommen, als ihrem Erwartungswert hinsichtlich der Verteilung in der Bevölkerung entsprochen hätte. Italiener wurden 1982 seltener als ihrem Erwartungswert entsprechend und 1983 ihrem Erwartungswert entsprechend stationär im Städt. Krankenhaus Esslingen aufgenommen. In der Kinderklinik wurden sie in beiden untersuchten Jahrgängen ihrem Erwartungswert gemäß stationär aufgenommen. Griechen wurden 1982 der Erwartung entsprechend, 1983 seltener als erwartet stationär im Städt. Krankenhaus Esslingen aufgenommen. In die Kinderklinik wurden sie in beiden Jahren ihrem Erwartungswert entsprechend stationär aufgenommen. Jugoslawen und andere Nationalitäten wurden in beiden Jahren sowohl im Städt. Krankenhaus Esslingen wie auch in der Kinderklinik in Esslingen seltener als ihrem Erwartungswert entsprechend stationär aufgenommen. Spanier wurden in beiden Jahren im Städt. Krankenhaus Esslingen sowie 1982 in der Kinderklinik in Esslingen ihrem Erwartungswert entsprechend häufig stationär aufgenommen, 1983 seltener als erwartet in die Kinderklinik in Esslingen.
   In die psychosomatische Kinderabteilung in Esslingen wurden in beiden untersuchten Jahren alle Nationalitäten (Türken, Italiener, Griechen, Jugoslawen, Spanier u. a.) ihrem Erwartungswert entsprechend stationär aufgenommen.

5. Es wurden signifikant mehr ausländische Männer und deutsche Frauen stationär aufgenommen. In der Kinderklinik waren keine signifikanten Unterschiede zwischen der Aufnahme von Jungen und Mädchen festzustellen. Unter den stationären Aufnahmen in der psychosomatischen Kinderabteilung ließ sich ebenfalls eine signifikante Häufung von ausländischen Jungen und deutschen Mädchen feststellen. Unter den ambulanten Patienten wurden deutsche Jungen und ausländische Mädchen signifikant häufiger ambulant behandelt.

6. Während in der Kinderklinik insgesamt über 50 % der stationär aufgenommenen Kinder 0 - 3 Jahre alt sind, wohingegen 3 - 6- und 6 - 12-Jährige jeweils einen Anteil von um die 20 % haben, findet sich in der psychosomatischen Kinderabteilung die größte Häufung bei den 6 - 12-Jährigen. Danach kommen mit über einem Drittel die 12 - 18-jährigen. In der psychosomatischen Kinderabteilung sind dabei keine Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Kindern festzustellen. In der Kinderklinik insgesamt finden wir eine signifikante Häufung der Ausländerkinder unter den 0 - 3-Jährigen. In den Altersgruppen der 3 - 12-Jährigen finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen deutschen und ausländischen Kindern, während unter den 12 - 16-Jährigen die deutschen Kinder dominieren.

7. In der Kinderklinik hatten deutsche Kinder signifikant häufiger eine kürzere Liegezeit von 0 - 10 Tagen als ausländische Kinder. Ausländerkinder überwogen signifikant in der Gruppe von 10 - 30 Tagen. Unter den Kindern, die mehr als einen Monat stationär waren, ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Nationalitäten. In der psychosomatischen Kinderabteilung war die Mehrzahl (über 60 % der Patienten) 1 - 3 Monate stationär.

8. Ausländische Kinder wurden signifikant häufiger in die Kinderklinik und Ausländer in die HNO-Klinik aufgenommen. Deutsche wurden signifikant häufiger in Chirurgie, Medizinische Klinik, Psychosomatische Klinik und Augenklinik aufgenommen. In die Gynäkologie wurden 1982 Ausländerinnen signifikant häufiger aufgenommen als Deutsche, während sich 1983 kein signifikanter Unterschied in der Aufnahmehäufigkeit der Nationalitäten ergab.

9. Ausländerkinder lagen signifikant häufiger wegen folgender Diagnosen im Krankenhaus:
   1. Lungen- und Atemwegserkrankungen
   2. Krankheiten des Gastrointestinal- und Urogenitaltrakts
   3. Exsikkose, Infektionskrankheiten und rheumatische Erkrankungen
   4. Stoffwechsel- und Hautkrankheiten 1982. 1983 ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bei dieser Diagnosegruppe.

5. Malignome und Bluterkrankungen 1982. 1983 ergaben sich keine signifikanten Unterschiede bei dieser Diagnosegruppe.

Deutsche Kinder lagen signifikant häufiger in der chirurgischen Klinik als ausländische Kinder. Keine signifikanten Unterschiede ließen sich bei folgenden Erkrankungen feststellen:

1. Früh- und Totgeburten
2. Intoxikationen, Vergiftungen, Verbrennungen, Verbrühungen
3. ZNS- und neurologische Erkrankungen sowie Psychosen
4. Unklare Diagnosen

10. Im Vergleich der Krankheitsdiagnosen in der psychosomatischen Kinderabteilung finden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Deutschen und Ausländern. Diagnosen waren:
    - Enuresis, Enkopresis in 27 %
    - Depressivität, Adipositas, Magersucht in 25 %
    - Schwere Verhaltensstörungen in 13 %
    - Angstneurotische Syndrome in 9 %
    - Magen- und Darmerkrankungen in 6 %
    - Tics, Sprachstörungen, Legasthenie in 6 %
    - Schmerzsyndrome in 6 %
    - Asthma und Hautekzeme in 5 %
    - Übertragungsneurosen, Pubertätskrisen, Suizidversuche in 5 %.

11. In der Verteilung der einzelnen Volksgruppen auf die verschiedenen Diagnosen finden wir bei folgenden Diagnosegruppen gleichmäßige Verteilungen auf alle Nationalitäten:

    1. Enuresis nocturna et diurna, Enkopresis, darunter überwiegen Jungen (11) über die Mädchen (8).
    2. Depressivität, Adipositas, Magersucht, gleich häufig bei Jungen und Mädchen.
    3. Magen- und Darmerkrankungen, gleich häufig bei beiden Geschlechtern.
    4. Verhaltensstörungen finden sich bei 3 Mädchen und 1 Jungen.
    5. Übertragungsneurosen, Pubertätskrisen, Suizidversuche finden sich nur bei Mädchen.

    Auffälligerweise findet sich die Diagnosegruppe Ängste nur bei türkischen Kindern (2 Mädchen, 1 Junge). Über die Diagnosegruppen Asthma/Hautekzeme einerseits, Schmerzsyndrome andererseits lassen sich wegen der kleinen Fallzahlen (jeweils nur 1 ausländisches Kind) keine genaueren Aussagen machen.

6.2 Vergleich

1. Bis auf eine Untersuchung sprechen alle anderen Studien für die These 1: Ausländer haben eine signifikant höhere Rate an stationären Aufnahmen als Deutsche.

2. Die beiden Untersuchungen in Hannover und Essen (12, 47) bestätigen These 2: Ausländerkinder wurden signifikant häufiger stationär aufgenommen als deutsche Kinder.

3. Hinsichtlich der Reihenfolge der Nationalitäten standen in allen Untersuchungen die Türken an 1. Stelle. Den 2., 3. und 4. Platz teilten sich Griechen, Italiener und Jugoslawen. Zuletzt folgten Spanier und andere.

4. Über die Geschlechterverteilung sind mir keine weiteren Untersuchungen bekannt. Ausländische Männer und deutsche Frauen waren häufiger stationär. In der Kinderklinik fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern.

5. Auch in Essen (47) fand sich eine Überrepräsentation der Ausländerkinder in der Gruppe der jüngeren Kinder.

6. In Hannover wurde ebenfalls eine signifikant längere Liegezeit bei ausländischen Kindern festgestellt (12). In München (66) fand sich kein signifikanter Unterschied in der Liegezeit zwischen deutschen und ausländischen Kindern.

7. Über die signifikant häufigere Erkrankung von Ausländerkindern an Erkrankungen des Atemtraktes, des Gastrointestinale und an Infektionskrankheiten bestand Einhelligkeit in den vergleichbaren Studien.

8. Nach den vergleichbaren Untersuchungen fanden wir bei ausländischen Kindern eine signifikant größere Unfallhäufigkeit. Sie wurden signifikant weniger häufig an Leistenbrüchen operiert als deutsche Kinder. Die Behandlung in Spezialabteilungen (Nephrologie, Kardiologie, Endokrinologie) war in Essen (47) bei ausländischen Kindern erheblich geringer.
   Nach einer anderen Untersuchung (2) wurden ausländische Kinder ihrem Erwartungswert entsprechend stationär in der chirurgischen Abteilung aufgenommen und operiert (auch an Fehlbildungen).

9. Der Gehalt an Malignomen war bei ausländischen Kindern ihrem Erwartungswert entsprechend.

10. Verbrennungen und Verbrühungen waren früher selten bei Ausländerkindern. Im Laufe der Jahre nahmen Medikamente auch in die Arzneimittelschränke

der Ausländer Einzug und damit steigerte sich auch die Häufigkeit der Medizinal- und anderen Vergiftungen, um sich zunehmend der Vergiftungshäufigkeit bei deutschen Kindern anzugleichen.

6.3 Schlußwort

Es wurde versucht, durch eine Analyse der Patientendaten des Städt. Krankenhauses Esslingen - unter besonderer Berücksichtigung der Kinderklinik und der psychosomatischen Kinderabteilung der Kinderklinik - die Situation und Pathogenese ausländischer Arbeitnehmer und deren Kindern näher zu beleuchten. Aus verfahrenstechnischen Gründen konnte die untersuchte Population nicht nach Alter, Geschlecht und sozialer Schicht parallelisiert werden, was für eine genauere statistische Analyse notwendig erscheint. Trotzdem konnten bestimmte signifikante Ergebnisse formuliert und zum Teil Ergebnisse aus anderen Untersuchungen in weiteren Städten bestätigt werden.

Die Morbidität von ausländischen Arbeitnehmern und deren Kindern in Esslingen ist in Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen in weiteren Städten signifikant höher als bei Deutschen und deren Kindern. Besonders fällt die Inzidenz an Erkältungs-, Atemwegs- und Lungenerkrankungen, an Magen-, Darm- und Harnwegserkrankungen und an Infektionskrankheiten und Exsikkose, ebenfalls in Übereinstimmung mit anderen Untersuchungen, auf. Chirurgisch wurden signifikant mehr Deutsche und deutsche Kinder behandelt, ob aus Mangel an Information über Operationsmöglichkeiten oder aus einer größeren Toleranz der Eltern gegenüber Fehlbildungen bzw. -funktionen oder aus zu seltener Indikationsstellung; jedenfalls scheinen operativ behandelbare Krankheiten bei Ausländern und ihren Kindern seltener erkannt zu werden.
Deutsche wurden in der Medizinischen Klinik, psychosomatischen Abteilung und Augenklinik signifikant häufiger behandelt als Ausländer.
Jüngere ausländische und ältere deutsche (12 - 16 Jahre) Kinder wurden signifikant häufiger stationär behandelt.
Ausländische Männer/Jungen und deutsche Frauen/Mädchen waren häufiger stationär.
Deutsche Kinder verzeichneten eine signifikant kürzere Liegezeit (0 - 10 Tage) als ausländische Kinder (10 - 30 Tage).

In der psychosomatischen Kinderabteilung konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Deutschen und Ausländern festgestellt werden in der Vertei-

lung auf einzelne Krankheitsdiagnosen. Jedoch wurden Ängste von den Ausländern nur bei türkischen Kindern, Pubertätskrisen, Übertragungsneurosen und Suizidversuche von den Ausländern nur bei türkischen Mädchen, Enuresis nocturna et diurna und Enkopresis häufiger bei Jungen als bei Mädchen gefunden.

6.4 Bedeutung der Ergebnisse

In Übereinstimmung mit Ergebnissen anderer Untersuchungen bleiben als wesentlichste Tatsachen der vorliegenden Arbeit festzustellen:

1. Im Vergleich zu ihrem Anteil an der Bevölkerung wurden Ausländer und ihre Kinder häufiger als die deutsche Bevölkerung stationär behandelt: vor allem wegen Krankheiten der Atemwege, des Magen-Darmbereichs und wegen Infektionskrankheiten. Die denkbaren Ursachen für dieses Ergebnis wurden in der vorliegenden Arbeit diskutiert. Festzuhalten bleibt nur, daß es wünschenswert wäre, über eine verbesserte Integration und gesundheitliche wie ernährungsberatende Aufklärung der Ausländer, vor allem der ausländischen Mütter, eine Angleichung der Patientenzahlen an unsere Verhältnisse zu erreichen.
2. Gleichfalls erscheint eine Aufklärung der ausländischen Familien über mögliche psycho-soziale Ursachen von Krankheitsbildern dringend vonnöten, um die Kooperationsbereitschaft unserer ausländischen Mitbürger bei einer psychotherapeutischen Behandlung der eigenen Person bzw. ihrer Kinder zu verbessern. Dabei ist hinzuzufügen, daß auch bei deutschen Eltern oft eine mangelnde Motivation und Mitarbeit festzustellen ist.
3. Zum Schluß sei noch hingewiesen auf die denkbare Resistenzminderung unserer ausländischen Mitbürger aufgrund einer psychosozialen Belastung (Heimweh, Ärger am Arbeitsplatz oder mangelnde Integration am Wohnort oder in der Freizeit, erhöhter wirtschaftlicher Druck).

7. Literaturverzeichnis

1. Allers, R.: Über psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung, in: Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie 60 (1920), S. 281 - 289

2. Angerpointner, T. und Hecker, W. Ch.: Kinder ausländischer Arbeitnehmer aus kinderchirurgischer Sicht, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 61 - 73

3. Baumgartner-Karabak, A., Landesberger, G.: Die verkauften Bräute, Hamburg 1978

4. Baumgartner-Karabak, A., Landesberger, G.: Tagesspiegel 20, 1975

5. Benos, J.: Alkoholismus und Trinksitten (mit besonderer Berücksichtigung des Alkoholproblems in Griechenland), in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 20

6. Bertan, Münnvver: Eine Studie über Gesundheitsprobleme von Kindern türkischer Arbeitnehmer, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 143 - 151

7. Bettge, U.: Wenn Ärzte auf den "bösen Blick" treffen. Stuttgarter Zeitung Nr. 31 vom 7. 2. 1984, S. 3

8. Bingeler, K, Meistermann-Seeger, E., Neubert, E.: Leben als Gastarbeiter, Opladen 1970

9. Bürger-Prinz, H.: Psychiatrie und Probleme der Umwelt. Studium generale 4, 1951

10. Bundesanstalt für Arbeit: Ausländische Arbeitnehmer 1972/73, Nürnberg 1974

11. Canosan Cipriano A., Tojo Rafael, Gradin Maria del Carmen Villanueva, Martinez Antolin Rodriguez, Pena Jose: Sozio-kulturelle Verhältnisse der Kinder spanischer Arbeitnehmer aus Galizien und Europa, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 168 - 179

12. Collatz, J., Natzschka, J., Schwoon, D.: Krankheiten, Einweisungshäufigkeit und Krankheitsverläufe bei ausländischen Kindern in der Hannoverschen Kinderheilanstalt, in: Öffentliches Gesundheitswesen, 39. Jg. (Jan. 1977), Heft 1, S. 746 - 758 und in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 29 - 47

13. Collatz, J., Schmoll, H.-J.: Ein sozialmedizinischer Beitrag zur Problemdiskussion über den Gesundheitszustand und die medizinische Versorgung der ausländischen Arbeitnehmer, in: Öffentliches Gesundheitswesen 35 (1973), S. 449 - 458

14. Collatz, J., Hecker, H., Malzahn, P., Oeter, K., Schmidt, E.: Psychosoziale Momente der Nutzung der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen für Säuglinge und Kleinkinder durch ausländische Eltern, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 225 - 247

15. Delgado, J. M.: Anpassungsprobleme der spanischen Gastarbeiter in Deutschland - eine sozialpsychologische Untersuchung. Dissertation, Köln 1966

16. Deutsches Industrieinstitut: Soziale Aspekte der Ausländerbeschäftigung. Bericht. Köln 1972

17. Dohrenwend, B. P. und Dohrenwend, B. S.: The problem of validity in field studies of psychological disorder. In: J. Abnorm. Psychol. 70 (1965)

18. Dogramaci, Ihsan: Probleme von Kindern ausländischer Arbeitnehmer, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 139 - 142

19. Eßlinger, H.: Klinische, soziale und demographische Daten über ausländische Arbeitnehmer in stationärer psychiatrischer und neurologischer Behandlung. Inaugural-Dissertation, Heimann, Tübingen 1977

20. Feidel-Merz, H., Großmann, W.: Ghettos in unseren Schulen, GEW 1974

21. Ferber, Ch. von: Arbeits- und betriebssoziologische Aspekte der Ausländerbeschäftigung. Bericht. Köln 1972

22. Frießem, D.: Gesundheitsprobleme ausländischer Arbeiter in Westdeutschland, in: Argument 13 (1971), S. 945

23. Frießem, D. H.: Jugendliche aus Gastarbeiter-Familien. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, in: Zeitschrift für analytische Kinderpsychologie, -Psychotherapie und Psychagogik in Praxis und Forschung. Göttingen 24. Jg., Heft 1 (Jan. 1975), S. 7 - 10

24. Frießem, D. H.: Psychiatrische Erfahrung mit ausländischen Arbeitern in der Bundesrepublik, in: Menschen unterwegs (ICMC) Nr. 1, 1973

25. Geiselberger, S.: Schwarzbuch: Ausländische Arbeiter, Frankfurt/Main 1972

26. Gild, E.: Eine Untersuchung zum Selbstmordversuch Jugendlicher. - Empirische Erhebungen an jugendlichen Selbstmordgefährdeten unter besonderer Berücksichtigung der Probleme junger Türkinnen. Inaugural-Dissertation, Lempp, Tübingen 1980

27. Gruber, E. und Gruber, G.: Zum Problem der Kinder ausländischer Arbeitnehmer, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 84 - 99

28. Hartung, K.: Türkische Kinder in Westberlin. - Sozialpädiatrische Aspekte, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 152 - 158

29. Hellbrügge, T.: Zur Früherkennung psychomotorischer Entwicklungsstörungen bei Kindern ausländischer Arbeitnehmer, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 213 - 224

30. Hertl, U.: Gastarbeiterkinder in der BRD zwischen Integration und Sonderstatus, in: Probleme aus kinderärztlicher Sicht. Nestle-Diät GmbH, Schriftenreihe 1976

31. Hertl, M.: Hilfen in der gesundheitlichen Betreuung der Kinder ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 187 - 196

32. Höhn, C.: Kinder ausländischer Arbeitnehmer in der BRD im Spiegel der Statistik, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 7 - 15

33. Hoeschel, E.: Systematik und Individualität der ärztlichen Untersuchungen bei den Auslandsdienststellen der Bundesanstalt für Arbeit, in: Arbeitsmedizin-Sozialmedizin-Präventivmedizin, Heft 2 (1973), S. 28

34. Hoffmann, L.: Erkrankungen bei Ausländern in der Bundesrepublik Deutschland, in: Med. Klin. 73 (1978), S. 571 - 578

35. Holzbrecher, A., Kaifler, K., Pfitzer, G., Seibert, U., Siewert, H. J., Streiff, M., Waltner, E. und Waltner, P.: Lebensverhältnisse ausländischer Arbeiter im Landkreis Tübingen, Tübingen 1974

36. Kalpaka, A., Dudek, B.: Griechenland. Ein politisches Reisebuch, Hamburg 1982

37. Keskin, Hakki: Die Türkei. Vom osmanischen Reich zum Nationalstaat, Berlin 1981

38. Klee, E.: Gastarbeiter. Analyse und Berichte, Frankfurt/Main 1972

39. Kleinig, G., Moore, H.: Struktur- und Prestigemobilität in der BRD, in: Kölner Z. Soziologie 23 (1971), S. 1

40. Kümmel, H. (Rektor der Schillerschule, GHS Esslingen): Ausländerkinder - eine besondere Herausforderung für die Schulen. Referat am 22. 1. 1983

41. Majewski, E., Collatz, J., Maneke, M.: Probleme der Versorgung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder ausländischer Arbeitnehmer, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 248 - 273

42. Malhotra, K. M.: Gastarbeiterkinder aus der Sicht der ärztlichen Praxis, in: Fortschritte der Med. 93 (1975), S. 1241 - 1242

43. Malhotra, K. M.: Gesundheitliche Probleme der Gastarbeiterkinder aus der Sicht der behandelnden Ärzte, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 23. Jg., Heft 6 (August/Sept. 1974), S. 203 - 209

44. Michaels, H.: Gastarbeiter, in: Merianheft Esslingen, Jg. 1974, Heft 1, S. 62 - 70

45. Michener, J. A.: Iberia. Reisen und Gedanken, München-Zürich 1979

46. Nordio, Sergio und Tellia, Bruno: Hauptaspekte der Muter-Kind-Gesundheit bei der Emigration, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 106 - 118.

47. Olbing, H., Gockeln, R., Kerstan, J., Koslowski, B.: Kinder ausländischer Arbeitnehmer im stationären Patientengut einer pädiatrischen Schwerpunktklinik (Essen), in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 54 - 60

48. Onken, M.: Die Schulsituation der Kinder ausländischer Arbeitnehmer, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 274 - 281

49. Otto, H. S.: Tuberkulose bei Gastarbeiterkindern, in: Bundesgesundheitsblatt Nr. 22 vom 2. Nov. 1973, S. 322 - 328

50. Paul, H.: Die Unterbringung ausländischer Arbeitnehmer, in: Öffentliches Gesundheitswesen 36 (1974), S. 197 - 201

51. Peters, H.: Befallhäufigkeit mit Eingeweidewürmern bei ausländischen Arbeitnehmern, in: Öffentliches Gesundheitswesen 36 (1974), S. 187 - 196

52. Poeck, K.: Hypochondrische Entwurzelungsdepression bei italienischen Arbeitern in Deutschland, in: Deutsche medizinische Wochenschrift 28 (1962)

53. Poustka (Mannheim): Familiäre Situation von Kindern ausländischer Arbeitnehmer, Marburg 1983
Vortrag anläßlich der 18. wissenschaftlichen Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie

54. Riedesser, P.: Psychische Störungen bei ausländischen Arbeitnehmern in der Bundesrepublik Deutschland, in: Sozialpsychiatrische Informationen 23 (1974)

55. Sartore, Ernesto: Beta-Thalassämie, Favismus und Leishmaniose als regional gehäufte Erkrankung des Mittelmeeres, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 119 - 131

56. Scheppe, K. J.: Kinder ausländischer Arbeitnehmer im Kinderkrankenhaus an der Lachnerstraße, München 1977, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 48 - 53

57. Schmidt, E.: Morbidität und Mortalität der Kinder ausländischer Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 16 - 21

58. Schmidt, E., Collatz, J., Betzner, G., Hecker, H.: Nutzung der Kinderfrüherkennungsuntersuchung bei ausländischen Kindern, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie, München-Wien-Baltimore 1980, S. 22 - 28

59. Schöfer, G.: Die psychische Belastung ist das Kernproblem, in: Auslandskurier 5 (1970)

60. Scholz, D.: Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung von Kindern ausländischer Arbeitnehmer in Berlin (West), in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 100 - 105

61. Scholz, J. F.: Gesundheitliche Probleme bei ausländischen Arbeitnehmern, in: Öffentliches Gesundheitswesen 36 (1974), S. 1 - 8

62. Schröder, A.: Angst vor der Freizeit bedrückt viele Gastarbeiter, in: Auslandskurier 5 (1970), S. 30 - 31

63. Schwanenberg, E.: Zum Begriff des Vorurteils, in: Leubersdorf, R. und H. Zilleßen: Gastarbeiter = Mitbürger, Gelnhausen 1971

64. Spiegel-Redaktion: Unterprivilegiert! Eine Studie über sozial benachteiligte Gruppen in der Bundesrepublik Deutschland, Neuwied und Berlin 1973

65. Staikou Aliki, Kafatos Antonis, Bada Ekaterini, Pandelakis Stefanos, Spyros Doxiadis: Sozialmedizinische Faktoren und Säuglingsmorbidität in drei Bezirken Griechenlands, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 132 - 138

66. Stickl, H., Wohlgemuth, M.: Infektionskrankheiten und Impfschutz bei Kindern ausländischer Arbeitnehmer, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 197 - 212

67. Strauß, J.: Bedeutung psychosomatischer Arbeit im Allgemeinkrankenhaus am Beispiel des depressiven Syndroms. Inaugural-Dissertation, Bepperling, Tübingen 1983

68. Stürzbecher, M.: Zur Tuberkulose bei Ausländern in Berlin, in: Bundesgesundheitsblatt Nr. 6 vom 22. März 1974, S. 81 - 84

69. Taliani, E.: Der "Gastarbeiter" auf dem Weg zur Emanzipation, in: Leudesdorf, R. und H. Zilleßen: Gastarbeiter = Mitbürger, Gelnhausen 1971

70. Wagner, M.: Kinder ausländischer Arbeitnehmer: Die Rolle der Sozialpädiatrie, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 1 - 6

71. Wenninger, G.: Warum Hans nicht mit Giovanni klar kommt, in: Psychologie Heute 9 (1975), S. 71 - 77

72. Werhahn, P.: Erfahrungen mit Kindern ausländischer Arbeitnehmer in der kinderärztlichen Praxis, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 74 - 83

73. Zweymüller, E., Sator, F.: Kinder ausländischer Arbeitnehmer in Österreich, in: Die Kinder ausländischer Arbeitnehmer. Fortschritte der Sozialpädiatrie 5, München-Wien-Baltimore 1980, S. 180 - 186

74. Zwingmann, Ch.: Die Heimwehreaktion alias "pothopatridalgia", in: Archiv für Psychiatrie und Zeitschrift für die gesamte Neurologie 201 (1961)

LEBENSLAUF

Am 27. August 1956 wurde ich, Andrea Münkle, in Geislingen/Stg., Kreis Göppingen, geboren als Tochter des Steuerinspektors Arno Münkle und seiner Ehefrau Annemarie Münkle, geb. Schmid, Blumenbinderin. Meine Schwester (geb. 1959) studiert in Tübingen Geschichte und Biologie im Lehramt.

Von 1963 bis 1966 besuchte ich die Neuwiesenschule in Ravensburg, um anschließend auf das humanistische Spohngymnasium Ravensburg überzuwechseln, wo ich 1975 das Abitur ablegte.

Herbst 1975: Krankenpflegepraktikum im Städt. Krankenhaus Ravensburg.

Im Frühjahr 1976 nahm ich das Studium der Medizin in Tübingen auf, das ich im Herbst 1983 (19. 10. 1983) nach dem Praktischen Jahr in den Städt. Krankenanstalten in Esslingen/Neckar mit dem dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung und damit mit dem Medizinischen Staatsexamen abschloß. Approbation am 9. 11. 1983 durch das Regierungspräsidium in Stuttgart.